

# Factores personales que afectan la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama del noreste de México

## Personal factors that affect quality of life of women with breast cancer from the northeast of Mexico

María Cristina Enríquez Reyna, DRA, MCE<sup>1</sup> and María de los Ángeles Vargas Flores<sup>2</sup>

Hispanic Health Care International  
1-6

© The Author(s) 2018

Reprints and permission:

[sagepub.com/journalsPermissions.nav](http://sagepub.com/journalsPermissions.nav)

DOI: 10.1177/1540415318786675

[journals.sagepub.com/home/hci](http://journals.sagepub.com/home/hci)



### Resumen

**Introducción:** La terapia sistémica para el cáncer de mama afecta la calidad de vida de las mujeres y sus familias. Se analizó la influencia de los factores personales sobre la percepción de calidad de vida de mujeres en tratamiento para el cáncer mamario.

**Métodos:** Participaron noventa y cinco asistentes a la consulta de un hospital público del noreste de México. Se aplicaron dos Cuestionarios de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-BR23). **Resultados:** La edad promedio fue de 55 años ( $DE = 9.24$ ). Las participantes destacaron por presentar valores altos para el estado de salud global y niveles bajos en funcionamiento ( $rango = 11.71$  a  $18.42$ ). El insomnio y el impacto económico fueron las áreas más afectadas. Con el incremento de la edad, se observó menor afectación por síntomas mamarios, función y el disfrute sexual ( $r = -.273$ ,  $-.349$  y  $-.304$  respectivamente,  $p < .01$ ). **Conclusión:** La situación laboral, estado civil, paridad y lugar de procedencia promovieron afectación diferencial en algunos síntomas incluyendo la imagen corporal. La aplicación de estos cuestionarios permitiría la identificación de necesidades de cuidado físico u emocional en la práctica clínica.

### Palabras clave

cáncer de mama, calidad de vida, insomnio, salud de la mujer, síntomas afectivos, terapia

### Introducción

El cáncer de mama constituye un problema de salud a nivel mundial siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad en la población femenina de todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2015). Esta enfermedad de tipo crónico, lleva consigo implicaciones biológicas, emocionales y económicas que pueden afectar la calidad de vida de las pacientes y sus familias. En países de América Latina el 75% de las 28,565 defunciones anuales ocurren por cáncer de mama (Secretaría de Salud, 2015). En México, es la primera causa de muerte en mujeres mayores de 25 años y en los estados del noreste del país, se presentan los porcentajes de mortalidad más altos; debido a los incrementos en la tasa de mortalidad se considera que el cáncer de mama y de próstata representan el mayor reto para el sector salud (Aldaco-Sarvide et al., 2018).

En pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer, es necesario el análisis de la afectación de la enfermedad en un contexto personalizado, en el que se consideran las implicaciones que la presencia de ésta tiene sobre la calidad de vida del paciente y su entorno social (Salas-Zapata y Grisales-Romero, 2010). Su estudio es pertinente debido a la amenaza a la existencia, el dolor y el miedo a la muerte, aunados a los cambios en el estilo de vida que suscitan el diagnóstico y el tratamiento,

además de las repercusiones físicas, emocionales, espirituales, sociales y laborales secundarias (Baron, 2001). Evaluar la calidad de vida se ha convertido en una ayuda vital para el personal del área de la salud, ya que a través de la valoración es posible detectar áreas de oportunidad del equipo multidisciplinario de atención, de la familia y del propio paciente. Los aspectos modificables en la evaluación de la calidad de vida incluyen variables independientes como las emociones, la familia y el ambiente social, entre otros; y dependientes como las dimensiones física, emocional y social (Vinaccia y Orozco, 2005).

El hecho que una mujer se enferme o muera por el cáncer de mama tiene impacto en la sociedad, debido a que la mujer constituye el centro del hogar. Además, desempeña múltiples

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Organización Deportiva, Nuevo León, México

<sup>2</sup> Escuela de Enfermería Christus Muguerza-Universidad de Monterrey, Nuevo León, México

### Autor de correspondencia:

María Cristina Enríquez Reyna, Facultad de Organización Deportiva, Universidad Autónoma de Nuevo León, Cd. Universitaria, s/n, San Nicolás de los Garza, N.L., México.

Email: [maria.enriquezryn@uanl.edu.mx](mailto:maria.enriquezryn@uanl.edu.mx)

roles en sus diferentes ámbitos de vida, los cuales se deterioran drásticamente después del diagnóstico, por lo que sus redes sociales pueden debilitarse y sus aportes a la sociedad se ven limitados (Recalde y Samudio, 2010). Se ha reportado que las pacientes con cáncer de mama sufren de consecuencias negativas severas después del tratamiento en las que se incluye el dolor, fatiga, problemas sexuales, de apariencia y la imagen corporal lo que puede afectar la calidad de vida y el bienestar psicológico del paciente (Abu-Helalah et al., 2014); de acuerdo a la literatura, la afectación es mayor en mujeres sin pareja, lo que puede explicarse por el impacto emocional y la influencia de la red social de apoyo (Muñoz, Tose y Molano, 2010).

No se encontraron publicaciones sobre la influencia de los factores personales sobre los cambios en la funcionalidad y la sintomatología en pacientes con cáncer de mama del contexto urbano del noreste de México. Se analizó la influencia de los factores personales sobre la percepción de calidad de vida relativa a la funcionalidad y la sintomatología general y específica en mujeres en tratamiento para el cáncer mamario. Como objetivo secundario se propuso describir si existen diferencias en la percepción de calidad de vida en relación a la situación laboral, el estado civil, paridad, lugar de procedencia y la religión.

## Métodos

Estudio descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo compuesta por 135 mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama asistentes a la consulta de oncología de un hospital público del área urbana del noreste de México. Para el cálculo de muestra se consideró que con una varianza de veinte, margen de error de .10 y nivel de confianza del 99% se requieren al menos 91 participantes. Se difundió la invitación a las pacientes de la consulta mediante correo electrónico y con panorámicos dentro de la instalación hospitalaria. Debido a las características sensibles de la población se utilizó un muestreo por conveniencia hasta completar dicha cantidad. Para promover la representatividad de la muestra, la recolección de datos se realizó todos los días de la semana en horarios aleatorios.

Se incluyó a mujeres mayores de 18 años, con diagnóstico histopatológico confirmado de cáncer de mama, que estuvieran inscritas en algún programa de tratamiento en los últimos 12 meses, que refirieron de manera verbal estar dispuestas a responder de forma voluntaria a una encuesta de más de 53 preguntas acerca de cuestiones personales relativas a su calidad de vida. Se excluyeron los datos de dos candidatas que mostraron datos de inestabilidad emocional y de una más, que declinaron de participar en el estudio luego de iniciada su participación (abandono).

Se diseñó una cédula de datos personales donde se cuestionó acerca de la edad, estado civil, número de hijos, antecedentes quirúrgicos relativos al cáncer de mama, tratamiento actual, etapa del cáncer, nivel de estudios, profesión, situación laboral, lugar de procedencia y creencias religiosas.

Se midió la percepción general de calidad de vida (EORTC QLQ-C30) y el módulo específico para el cáncer de mama (EORTC QLQ-BR23) con los Cuestionarios de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer

(Aaronson et al., 1996) validados al español por Cerezo et al. (2012). Ambos cuestionarios utilizan una escala de medición tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: en absoluto (no o nada), un poco, bastante o mucho. Para su evaluación se calculó un índice por área y subescala de acuerdo al manual de aplicación de los cuestionarios (Fayers et al., 2001). Valores altos son considerados mejores en las escalas de salud global y estado funcional; pero en las escalas de síntomas, resulta lo contrario ya que sugieren mayor presencia de sintomatología. Como excepción, los ítems de la escala funcionamiento y disfrute sexual se evalúan de manera inversa, a mayor puntuación mayor afectación.

El cuestionario EORTC QLQ-C30 describe tres áreas o escalas: *I. Estado global de salud* (ítems 29 y 30, que se evalúan del uno al siete; el resto de las escalas es de uno a cuatro), *II. Funcionamiento* (función física: 1-5; actividades cotidianas: 6,7; rol emocional: 21-24; función cognitiva: 20, 25; y función social: 26, 27) y *III. Síntomas* (fatiga: 10, 12, 18; dolor: 9, 19; náuseas y vómitos: 14, 15; disnea: 8; insomnio: 11; anorexia: 13; estreñimiento: 16; diarrea: 17; e impacto económico: 28). El cuestionario EORTC QLQ-BR23 analiza de forma específica dos aspectos: la subescala de *funcionalidad* y la de *sintomatología*. En la *funcionalidad* se identifica la *imagen corporal* (ítems 9 al 12); *funcionamiento sexual* (ítems 14 y 15); *disfrute sexual* (ítem 16) y *perspectiva del futuro* (ítem 13). En la *sintomatología* se incluyen los *efectos de la terapia sistémica* (ítems 1 al 4 y 6 al 8), *síntomas de la mama* (20 al 23), *síntomas del brazo* (ítems 17 al 19) y *pérdida del cabello* (ítem 5).

Para la recolección de datos se contó con la aprobación de los comités de investigación y ética de la universidad de procedencia y la aprobación de la institución hospitalaria. En cumplimiento con la Declaración de Helsinki se obtuvo el consentimiento informado de las participantes por escrito. Primero se invitó a participar a las asistentes de la consulta oncológica en la sala de espera. Se revisaron los criterios de selección, se explicó y firmó el consentimiento informado, luego se entregaron los cuestionarios para su llenado. El tiempo de llenado se estableció en un rango de 15 a 20 minutos. Cuando la participante entregó sus cuestionarios, se supervisó el llenado completo y terminó la participación en el estudio. Se le agradeció por su participación y se le entregó un tríptico informativo como agradecimiento.

Los datos se analizaron con el software SPSS versión 21.0. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial de acuerdo a los siguientes pasos: Primero estadística descriptiva para conocer las características demográficas de la muestra y de las variables de estudio (frecuencia y porcentaje) y de los instrumentos (media, mediana, desviación estándar y asimetría). Segundo, se determinó la distribución de las variables mediante la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors. Tercero, se revisó la validez y confiabilidad de los instrumentos con el coeficiente KMO y el alfa de Cronbach. Cuarto, se corrieron pruebas para el análisis inferencial de las diferencias por categorías (*U* de Mann-Whitney) y la relación entre variables (matriz de correlación de *Spearman*) de acuerdo a la distribución de los datos. Se consideró un valor crítico para el alfa de .05.

**Tabla 1.** Características Sociodemográficas de las Participantes.

Variable	n	(%)
Estado civil		
Sin pareja	45	(13.7)
Con pareja	50	(49.5)
Lugar de procedencia		
Local	52	(54.8)
Foránea	43	(45.2)
Etapa del cáncer		
I	18	(18.9)
II	22	(23.2)
III	40	(42.1)
IV	15	(15.8)
Tratamiento quirúrgico		
Radical	71	(74.7)
Parcial	19	(20)
Conservadora	5	(5.3)
Quimioterapia		
Sí	60	(63.2)
No	35	(36.8)
Radioterapia		
Sí	18	(18.9)
No	77	(81.1)
Terapia Hormonal		
Sí	17	(17.9)
No	78	(82.1)

Fuente = Cédula de datos personales.  $n = 95$ .

## Resultados

La edad de la muestra se estableció en un rango de 32 a 76 años, siendo 55 años ( $DE = 9.24$ ) la edad promedio. El 41.1% de las participantes contaba con empleo y el 20% señaló estar jubilada. En la Tabla 1 se describen las características sociodemográficas de interés de las participantes.

La mayor parte de las participantes contaron con un nivel de estudios de licenciatura o más (40%). El 12.6% de las participantes señaló cohabitar su hogar con una sola persona; mientras que el 63% señaló convivencia habitual con al menos tres personas. Las participantes tienen en promedio tres hijos. El 71.2% refirió que profesa la religión católica.

Previo a la descripción de las variables se estimó la confiabilidad de los instrumentos utilizados. Para el EORTC QLQ-C30 la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de .716 y para el módulo específico de calidad de vida EORTC QLQ-BR23 fue de .711; ambos valores reiteran la validez de los instrumentos. La confiabilidad fue buena con valores de alfa de Cronbach en un rango de .756 a .857. La descripción en extenso del instrumento EORTC QLQ-C30 se presenta en la Tabla 2. Debido a que más de la mitad de la muestra contestó ninguno o no aplica en algunos aspectos, podrá observarse que en ocasiones el valor de la mediana es cero (0.00).

En el módulo específico para cáncer de mama QLQ-BR23 se distinguen ocho aspectos a efectos de la funcionalidad y la sintomatología percibida. En la Tabla 3 se presenta la descripción a detalle.

Se revisaron las diferencias entre subgrupos considerando la situación laboral, el estado civil, paridad, lugar de procedencia,

**Tabla 2.** Escalas del Instrumento EORTC QLQ-C30.

Subescala	M	Mdn	DE	Asimetría
I. Estado global de salud	81.05	85.71	20.65	-1.61
II. Funcionamiento				
Función Física	12.47	10.00	13.58	1.33
Actividades Cotidianas	15.66	0.00	20.94	1.48
Rol Emocional	16.38	12.50	17.35	1.56
Función Cognitiva	11.71	0.00	15.34	1.57
Función Social	18.42	16.66	16.12	1.33
III. Síntomas				
Fatiga	18.42	16.67	16.12	1.32
Dolor	15.92	12.50	20.18	2.91
Disnea	13.16	0.00	20.58	1.67
Insomnio	21.58	25.00	21.45	.888
Anorexia	10.26	0.00	16.51	1.81
Estreñimiento	13.95	0.00	21.49	1.82
Diarrea	7.90	0.00	16.00	2.59
Impacto económico	21.55	25.00	22.78	.977
Náuseas y vómito	9.21	0.00	16.12	2.96

Fuente = EORTC QLQ-C30  $n = 95$ .

**Tabla 3.** Subescalas del Instrumento EORTC QLQ-BR23.

Subescala	M	Mdn	DE	Asimetría
a) Funcionalidad				
Imagen Corporal	14.28	6.25	19.42	1.77
Función sexual	38.29	25.00	17.18	1.14
Disfrute Sexual	41.58	25.00	22.95	1.15
Perspectiva del futuro	62.11	50.00	28.44	0.06
b) Sintomatología				
Efectos de la terapia sistémica	46.99	46.42	21.59	3.48
Síntomas de la mama	44.07	37.50	15.88	1.13
Síntomas del brazo	45.96	45.67	17.86	1.07
Pérdida de cabello	45.79	25.00	26.96	1.02

Fuente = EORTC QLQ- BR23  $n = 95$ .

profesar la religión católica -mayoritaria en la muestra y el país- y las escalas de calidad de vida específica. Se observó tendencia a la significancia al respecto del índice de sintomatología mamaria ( $Z = -1.929$ ,  $p = .054$ ) con mayor afectación para las que tienen empleo. Las casadas reportaron mayor afectación del funcionamiento y disfrute sexual ( $Z = -2.567$  y  $-2.205$  respectivamente,  $p < .05$ ). Las mujeres con hijos presentaron mayor nivel de pérdida del cabello ( $Z = -2.217$ ,  $p < .05$ ) sin embargo, también presentaban mejor imagen corporal que quienes reportaron no tener hijos ( $Z = -1.909$ ,  $p = .056$ ). Estos hallazgos sugieren la afectación diferenciada en quienes no han tenido hijos y enfrentan este padecimiento. Las foráneas presentaron mayor nivel de imagen corporal comparadas con las locales ( $Z = -2.392$ ,  $p < .02$ ). No se observaron diferencias entre grupos en relación a la religión ( $p > .05$ ).

La distribución de los datos mostraba diferencias al respecto de la normal, por lo que se utilizaron pruebas de correlación de Spearman para el análisis inferencial. En la Tabla 4 se presenta la relación entre la edad, el número de hijos, la etapa del cáncer y las subescalas del instrumento específico de calidad de vida

**Tabla 4.** Matriz de correlación de Spearman de características personales y EORTC QLQ-BR23.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Edad, años cumplidos	1.000									
2. Hijos, número	.262*	1.000								
3. Cáncer, etapa	.080	.048	1.000							
4. Imagen corporal, índice	-.161	-.018	-.016	1.000						
5. Función sexual, índice	-.349**	-.165	-.085	-.139	1.000					
6. Disfrute sexual, índice	-.304**	-.172	-.107	-.133	.915**	1.000				
7. Perspectiva futuro, índice	-.011	-.075	.012	.431**	-.263**	-.219*	1.000			
8. Efectos terapia, índice	-.086	.016	.101	.378**	-.048	-.090	.289**	1.000		
9. Síntomas mamarios, índice	-.273**	-.257*	.120	.205*	.092	.088	.130	.237*	1.000	
10. Síntomas en brazo, índice	-.070	-.117	.136	.142	-.074	-.108	.065	.296**	.453**	1.000
11. Pérdida de cabello, índice	-.044	.253*	-.012	.343**	-.167	-.157	.176	.384**	-.059	.006

Note. Fuente: Cédula de datos personales y EORTC QLQ-BR23  $n = 95$ .

ante el cáncer mamario. Se observa que a mayor edad, menor índice de función sexual, disfrute sexual y síntomas mamarios ( $r = -.349$ ,  $-.304$  y  $-.273$  respectivamente,  $p < .01$ ). En cuanto a la perspectiva del futuro, mientras que la funcionalidad sexual se percibe vigente ( $r = .431$ ,  $p < .01$ ), el disfrute sexual disminuye ( $r = -.263$ ,  $p < .01$ ). Se constata la asociación entre los efectos de la terapia sistémica, la pérdida del cabello, los síntomas mamarios y del brazo ( $p < .05$ ).

## Discusión

Se presenta un análisis descriptivo de la influencia de algunos factores personales sobre la percepción de calidad de vida en mujeres que están en tratamiento para el cáncer mamario. El *estado global de salud* de esta muestra presenta valores superiores a otras publicaciones (Abu-Helalah et al., 2014; Ganesh, Lye, & Lau, 2016; Sat-Muñoz et al., 2011). Por mencionar un ejemplo, se ha reportado que mujeres asiáticas con cáncer de mama presentan mayores demandas de información y menor intensidad de necesidades psicológicas comparadas con mujeres occidentales (Fiszer, Dolbeault, Sultan, & Brédart, 2014); esto podría ser resultado de la influencia de las diferencias en el desarrollo económico de los países y también por diferencias culturales. Los datos de esta muestra contrastan con otro reporte nacional que utilizó métodos de investigación similares en un hospital público de otro contexto del país pero con una muestra que presentó nivel de escolaridad inferior.

Debe aclararse que, aunque esta muestra recibe atención pública, el servicio que se brinda es para trabajadores del estado lo que pudiera facilitar tanto en el acceso a mayor escolaridad como a otro tipo de apoyos sociales que inciden de manera positiva sobre la calidad de vida. La educación puede tener efectos positivos adicionales al salario individual. El acceso a los servicios de salud y el nivel de escolaridad, han actuado en favor de la percepción de buena calidad de vida entre las participantes de esta muestra del noreste de México.

En una revisión sistemática se identificaron los siguientes factores predictores de mayor necesidad ante el cáncer de mama: etapa de cáncer avanzada, mayor carga sintomática, menor tiempo desde el diagnóstico, mayores niveles de estrés

y menor edad (Fiszer et al., 2014). Se observó relación indirecta entre el *estado global de salud* y la etapa del cáncer; el *impacto económico*, esto concuerda con otros reportes (Fiszer et al., 2014; Ganesh et al., 2016; Sat-Muñoz et al., 2011). Ganesh et al. (2016) explican que ante enfermedades catastróficas como el cáncer, el impacto económico destaca debido a lo súbito de la enfermedad y a los gastos “extra” adicionales a los servicios hospitalarios. Si al denominado “gasto de bolsillo” - proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas sus necesidades alimentarias- se suma el gasto diario y no programado secundario a los cambios en la funcionalidad familiar, de manera independiente al estatus socioeconómico previo, es comprensible considerar al impacto económico como un generador de estrés significativo con consecuencias directas sobre la calidad de vida de las pacientes y sus familias.

La afectación en relación a la *función social* concuerda con el reporte de Abu-Helalah et al. (2014) con mujeres asiáticas. A pesar del nivel aceptable del *estado global de salud* percibido, los valores de las subescalas de *funcionalidad* fueron bajos inclusive comparados con otros reportes del país (Cortés-Flores et al., 2014; Sat-Muñoz et al., 2011). Pudiera ser que los valores bajos en funcionalidad se deban a que dada su enfermedad, las mujeres están siendo relevadas de sus tareas o funciones habituales por lo que este dato hace alusión al apoyo social de las participantes. Al respecto, en un análisis cualitativo realizado en Colombia, Muñoz et al. (2010) señalan que la calidad del soporte que recibe el paciente tanto de sus familiares y amigos como del equipo de salud es altamente significativo para el bienestar del paciente y reduce el nivel de morbilidad psicológica. Otra explicación pudiera ser que, debido a que la mujer promedio afiliada a este tipo de cobertura hospitalaria suele ser empleada estatal. La percepción de la baja “funcionalidad física” se acentúa debido a que por su padecimiento han dejado de acudir a su empleo además de abandonar sus funciones familiares habituales.

En detrimento de la función física, uno de los síntomas con mayor intensidad fue el *insomnio*. En estos casos, la alteración

de los patrones del sueño puede tener etiología física -el dolor, los fármacos y los tratamientos contra el cáncer- como psicológica -por las repercusiones en la vida del paciente-; el análisis de la fatiga y el patrón del sueño es necesario para el manejo multidisciplinario de este problema (Whisenant, Wong, Mitchel, Beck, & Mooney, 2017).

En cuanto al módulo específico para cáncer de mama, la *sintomatología mamaria* se ha relacionado más con el tratamiento y las secuelas del mismo. En esta muestra, las participantes con empleo, mostraron mayor nivel en esa subescala. Cabe señalar que a consecuencia a las incapacidades y al elevado riesgo de recaída, este padecimiento ha sido causa de discriminación laboral en México (Expansión, 2014). Se ha reportado que pacientes sometidas a quimioterapia pueden tener menor rendimiento en el proceso de memoria verbal por lo que realizan esfuerzos cognitivos y procesos compensatorios que pudieran disminuir su rendimiento físico y cognitivo (Bonilla-Santos, Rodríguez-Orjuela, Trujillo-Sánchez, González-Rojas y González-Hernández, 2016). Algunas mujeres pudieran estar esforzándose por mantener su empleo pese al malestar que la terapia sistémica les provoca. El agotamiento emocional y físico repercute en la salud, puede afectar el desempeño e incrementar los riesgos laborales. Es necesario desarrollar y hacer cumplir indicadores de incapacidad laboral sensibles a las necesidades de las pacientes que reciben o se recuperan de este tipo de tratamientos.

La puntuación más alta fue en *efectos de la terapia sistémica*, mientras que la más baja fue para *función sexual*. Ante este tipo de cáncer la sexualidad se ve más afectada que con cualquier otro tipo de cáncer, ya que los senos están íntimamente relacionados con el atractivo sexual de una mujer. El tratamiento también influye, ya que la cirugía mamaria, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, son medidas terapéuticas agresivas e invasoras, con serias consecuencias corporales que afectan la vida de la mujer y su pareja. Favorecer la comunicación sexual entre la pareja y atender el estigma de la preocupación de la mujer por ser atractiva sexualmente para el compañero, constituyen tareas pendientes de atender durante la asistencia oncológica para promover una vivencia sexual satisfactoria (Meloni, Barsotti, Dos Santos, & Giami, 2014).

La afectación diferenciada de la *imagen corporal* ha sido previamente asociada al estatus civil y escolaridad (Chang et al., 2014). La familia y de manera protagónica los hijos, pueden constituir la motivación para mantener el ánimo ante la adversidad del tratamiento. Constituyen entonces una red social que fortalece y exhorta hacia la persistencia. Aunque la incidencia es mayor en mujeres jóvenes y nulíparas, en realidad las tasas de supervivencia pudieran depender más de la etapa del cáncer y condiciones como los antecedentes de lactancia materna y la obesidad (Lara-Medina et al., 2013; Villarreal et al., 2011). Debido al valor cultural de las glándulas mamarias para la femineidad, resultan comprensibles los hallazgos al respecto de la *imagen corporal* y la *perspectiva del futuro* entre las participantes de esta muestra.

Las actividades de enfermería en este tipo de casos incluyen el proporcionar apoyo psicosocial, educación e información

para ayudar a satisfacer las necesidades de atención de la salud de sus pacientes. De acuerdo a la literatura, el personal de enfermería con grado de especialidad cuenta con mayor capacidad para la atención en este tipo de pacientes. Las intervenciones de enfermería en las que participa el personal de enfermería pueden ser psicoeducativas, psicoterapia y la terapia cognitiva conductual (Leal & Jiménez, 2015).

Los aspectos identificados ofrecen un panorama distinto al reportado en otros contextos, se constituyen como justificantes para la planeación de intervenciones que ayuden a identificar determinantes modificables del deterioro de la calidad de vida durante el manejo ambulatorio y hospitalario de la terapia sistémica. Los profesionales de enfermería podrían integrar dentro de sus actividades preguntas dirigidas a identificar síntomas de fatiga, dolor, depresión u otras conductas (Sanchez-Brikhead et al., 2017). El reforzamiento del afrontamiento de la enfermedad con una actitud positiva hacia la salud pudiera redundar en mejores resultados para el cuidado holístico de las mujeres con cáncer y sus familias.

El diseño transversal constituye la principal limitación de esta investigación. La influencia de los factores personales sobre la percepción de calidad de vida debiera ser analizada con mayor profundidad utilizando un enfoque cualitativo o longitudinal. Un tamaño de muestra más grande haría posible análisis predictivos. En futuras aproximaciones pudiera considerarse la evaluación adicional de la funcionalidad habitual o previa al tratamiento de las participantes. Además, sería conveniente revisar los niveles y detonantes de estrés incluyendo las implicaciones del tratamiento sobre el estatus laboral.

## Conclusión

Los factores personales como la edad, escolaridad, estatus civil, situación laboral y paridad juegan un papel protagónico en relación a la actitud hacia el tratamiento del cáncer de mama en la mujer. La etapa del cáncer no sólo afecta el estado global de salud y la sexualidad de las pacientes, también incide en su perspectiva del futuro. La fuerza de algunos síntomas como el insomnio y la preocupación por el impacto económico secundarios al tratamiento afecta también la funcionalidad física de la mujer. El personal de salud debiera considerar la evaluación de estos aspectos para la identificación de necesidades de salud y apoyo social en la práctica clínica.

## Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

## Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

## Referencias

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., . . . Takeda, F. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life

- instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365–376.
- Abu-Helalah, M., Al-Hanaqta, M., Alshraideh, H., Abdulbaqi, N., & Hijazeen, J. (2014). Quality of life and psychological well-being of breast cancer survivors in Jordan. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(14), 5927–5936. doi: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.14.5927>
- Aldaco-Sarvide, F., Pérez-Pérez, P., Cervantes-Sánchez, G., Torrecillas-Torres, L., Erazo-Valle-Solís, A. A., Cabrera-Galeana, P., . . . Cárdenas-Cárdenas, E. (2018). Mortalidad por cáncer en México: actualización 2015. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 17, 28–34. doi: [10.24875/j.gamo.M18000105](https://doi.org/10.24875/j.gamo.M18000105)
- Baron, T. H. (2001). Expandable metal stents for the treatment of cancerous obstruction of the gastrointestinal tract. *New England Journal Medicine*, 344(22), 1681–1687. DOI: [10.1056/NEJM200105313442206](https://doi.org/10.1056/NEJM200105313442206)
- Bonilla-Santos, J., Rodríguez-Orjuela, R., Trujillo-Sánchez, P. A., González-Rojas, A., & González-Hernández, A. (2016). Desempeño cognitivo en pacientes con cáncer de mama tratadas con quimioterapia. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15(4), 199–206. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2016.07.004>
- Cerezo, O., Oñate-Ocaña, L. F., Arrieta-Joffe, P., Garcia-Pasquel, M. J., Bargallo-Rocha, E., & Villar-Compte, D. (2012). Validation of Mexican-Spanish version of the EORTC QLQ-B30 and BR23 questionnaires to assess health-related quality of life in Mexican women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 21, 684–691. doi: [10.1111/j.1365-2354.2012.01336.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2012.01336.x).
- Chang, O. C. E. (2014). Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(20), 8607–8612.
- Cortés-Flores, A. O., Morgan-Villela, G., Zuloaga-Fernández, C. J., Jiménez-Tornero, J., Juárez-Uzeta, E., Urias-Valdez, D. P., . . . González-Ojeda, A. (2014). Quality of Life Among Women Treated for Breast Cancer: A Survey of Three Procedures in Mexico. *Aesthetic Plastic Surgery*, 38(5), 887–895. <https://doi.org/10.1007/s00266-014-0384-5>
- Expansión. (2014). Cáncer de mama, causa de discriminación laboral. Recuperado de <https://expansion.mx/mi-carrera/2014/10/28/cancer-de-mama-causa-de-discriminacion-laboral>
- Fayers, P. M., Aaronson, N. K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., & Bottomlet, A. (2001). The EORTC QLQ-30 Scoring Manual (3rd Ed). *On behalf of the EORTC Quality of Life Group*. Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer.
- Fiszer, C., Dolbeault, S., Sultan, S., & Brédart, A. (2014). Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(4), 361–374. doi: [10.1002/pon.3432](https://doi.org/10.1002/pon.3432).
- Ganesh, S., Lye, M., & Lau, F. N. (2016). Quality of Life among Breast Cancer Patients In Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17, 1677–1684.
- Lara-Medina, F., Pérez-Sánchez, V., Saavedra-Pérez, D., Blake-Cerda, M., Arce, C., Motoloa-Kuba, D., . . . Arrieta, O. (2011). Triple-negative breast cancer in hispanic patients. *Cancer*, 117(16), 3658–3669. <https://doi.org/10.1002/cncr.25961>
- Leal, T., & Jiménez, P. (2015). Afrontamiento del cáncer de mama. Papel de enfermería en el campo de la psicología. *Nure Investigación*, 12(77), 1–18. Recuperado de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/675>
- Meloni, E., Barsotti, D., Dos Santos, M. A., & Giami, A. (2014). Vivencia de la sexualidad después del cáncer de mama: estudio cualitativo con mujeres en rehabilitación. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 22(3), 408–414. DOI: [10.1590/0104-1169.3258.2431](https://doi.org/10.1590/0104-1169.3258.2431)
- Muñoz, S., Tose, P., & Molano, D. (2010). Vivencias y prácticas de autocuidado de las mujeres con cáncer de mama. *Revista Médica de la Universidad Industrial de Santander*, 22(2), 128–133. Recuperado de <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/349>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Cáncer de mama: prevención y control. Recuperado de <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- Recalde, M. T., & 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. *Instituto de Investigación de Ciencias de la Salud*, 10(2), 13–29.
- Salas-Zapata, C., & Grisales-Romero, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(1), 9–18. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9667/v28n1a02.pdf?sequence=1>
- Sanchez-Birkhead, A. C., Carbajal-Salisbury, S., Arce, J., Lovlien, L., Hendricks, H., Dingley, C., & Beck, S. (2017). A community-based approach to assessing the physical, emotional, and health status of Hispanic breast cancer survivors. *Hispanic Health Care International*, 15(4), 166–172. DOI: [10.1177/1540415317738016](https://doi.org/10.1177/1540415317738016)
- Sat-Muñoz, D., Contreras-Hernandez, I., Balderas-Peña, L., Hernandez-Chavez, G., Solano-Murillo, P., Mariscal-Ramirez, I., . . . Morgan-Villela, G. (2011). Calidad de vida en mujeres mexicanas con cáncer de mama en diferentes etapas clínicas y su asociación con características socio-demográficas, estados comórbidos y características del proceso de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Value in Health*, 14, 133–136. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.05.027>
- Secretaría de Salud. (2015). Programa de acción específico, prevalencia y control de CA de mama 2013-2018. Recuperado de: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas>
- Vinaccia, S., & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2) 125–137. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67910202>
- Villarreal-Garza, C., Aguila, C., Magallanes-Hoyos, M. C., Mohar, A., Bargalló, E., Meneses, A., . . . Barrios, C. (2013). Breast Cancer in Young Women in Latin America: An Unmet, Growing Burden. *The Oncologist*, 18(12), 1298–1306. <http://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0321>
- Whisenant, M., Wong, B., Mitchell, S. A., Beck, S. L., & Mooney, K. (2017). Distinct Trajectories of Fatigue and Sleep Disturbance in Women Receiving Chemotherapy for Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 44(6), 739–750. doi: [10.1188/17.ONF.739-750](https://doi.org/10.1188/17.ONF.739-750)