

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN- LEON

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE PSICOLOGÍA



**TESIS MONOGRAFICA**

**TEMA:**

CALIDAD DE VIDA, ESTRÉS Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO, EN PACIENTES CON CÁNCER MAMARIO, EN EL HOSPITAL ESPAÑA, DEPARTAMENTO DE CHINANDEGA.

**AUTORES:**

Br. Amelia Judith Fuentes Flores.  
Br. César Rikardo Lacayo Martínez.

**TUTOR:**

Lic. Jairo Rodríguez Cruz.  
Docente de la Facultad de Ciencias Médicas  
UNAN-LEÓN

León, Noviembre 2009

**“A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD”**

## ÍNDICE TEMATICO

Contenido:

paginas:

1. Introducción.....	1
2. Antecedentes.....	3
3. Justificación.....	6
4. Planteamiento del problema.....	8
5. Objetivos.....	9
6. Marco Teórico.....	10
7. Diseño Metodológico.....	24
8. Resultados.....	31
9. Discusión de lo Resultados.....	52
10. Conclusiones.....	56
11. Recomendaciones.....	57
12. Bibliografías.....	59
13. Anexos.....	62

## I. INTRODUCCION.

El cáncer de mama es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados. Es también la patología neoplásica más frecuente en la mujer, siendo una localización con intensa capacidad estresante por tratarse de un órgano íntimamente relacionado con la feminidad, la autoestima y la sexualidad. Además de representar una cruel realidad en los casos más severos como es la muerte, si no es detectado a tiempo. (5)

El cáncer de mama representa además un fuerte impacto estresante para aquellas mujeres que lo descubren a tiempo, ya que puede ser considerado como una interrupción de las etapas usuales de la vida, generando grandes cambios en la vida normal de la mujer, además de implicar una amenaza directa a la vida de quien la padece.

Esta enfermedad encierra una variedad de problemas al mismo tiempo, todo esto dentro de un círculo vicioso. Cuando los niveles de estrés no son superados adecuadamente, la dinámica familiar se ve afectada, formando malestar en toda la familia, lo que conlleva a determinar que frecuentemente está relacionado con estilos de afrontamiento inadecuados, de esta manera se ve perturbada la calidad de vida de esta mujer, y así la recuperación es mucho más lenta.

Lo niveles de afectación tanto psicológicos como físicos son diferentes para cada mujer, dependiendo de la edad de inicio, especialmente porque este fenómeno se observa con mayor frecuencia en mujeres mayores de 45 años. Lo que sí es seguro es que la calidad de vida se ve directamente afectada cuando la persona tiene altos niveles de ansiedad o depresión. (3)

Lógicamente la calidad de vida influye directamente en las formas de afrontar la enfermedad, una mujer que ha tenido una vida con grandes exigencias, y con poca satisfacción de la vida, que no ha cultivado la cultura de felicidad y de bienestar consigo misma, no podrá reaccionar de igual manera que una que si lo ha hecho y que ha tenido apoyo de su entorno social. (14)

El estilo de afrontar la enfermedad determina en gran medida la recuperación de la paciente, el afrontamiento activo, el espíritu de lucha y la expresión emocional se relacionan con un buen estilo de afrontamiento. Esto sugiere que el uso de estrategias positivas que favorecen el espíritu de lucha puede reducir significativamente los niveles de depresión de las mujeres con trastornos neoplásicos. (4)

De tal manera podemos ver que el cáncer de mamas representa un complejo conjunto de fenómenos psíquicos entrelazados unos con otros, que dificultan la recuperación de la paciente y contaminan su entorno psicosocial. (14)

## II. ANTECEDENTES.

La relación de factores emocionales con el estado de salud en general y con el cáncer en particular, ha sido sugerida desde la antigüedad, Hipócrates ya hablaba de la relación entre personalidades melancólicas y el cáncer.

El cáncer de mama ha generado gran inquietud para los hombres de ciencia desde muchos años atrás, sin duda por la característica y dinámica de sus efectos y muy especialmente por considerarse uno de los enemigos mortales que progresa de forma silenciosa en el cuerpo de quien la padece.

Existen estudios sugerentes al tema desde muchos años atrás. En la antigüedad Galeno relacionaba la presencia de cáncer en mujeres de temperamento melancólico en mayor grado que en mujeres de temperamento sanguíneo. Nos es sino hasta la década de los 50 que se empieza a trabajar de forma sistemática con los factores predisponentes, causas y consecuencias del fenómeno. (5)

Según el departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológicos. Facultad de psicología. (UNED) y el departamento de salud del gobierno de Navarra, la calidad de vida percibida queda seriamente alterada cuando se tiene niveles altos de ansiedad y depresión, independientemente de la fase del proceso de intervención (diagnostico, tratamiento o seguimiento y del estado en el que se encuentre la enfermedad). (1)

Se han llevado a cabo diversas investigaciones con el propósito de conocer cuales estrategias de afrontamiento conllevan al individuo a un buen ajuste, encontrando que las estrategias de evitación y en general aquellas dirigidas al control emocional se asocian a un pobre ajuste a la enfermedad; mientras que el afrontamiento activo, el espíritu de lucha y la expresión emocional se relacionan con un buen ajuste. Por su parte los niveles de estrés están relacionados tanto con estilos de afrontamiento que tenga el paciente como el apoyo emocional que le pueda brindar la familia cercana. (2)

En Nicaragua existe gran interés por este tema ya que gran cantidad de mujeres están siendo víctimas del problema, según datos registrados por el Nuevo Diario, el cáncer, es la segunda causa de consultas entre las mujeres nicaragüenses, prueba de ello son las estadísticas del Hospital “Bertha Calderón”, donde representa más del 40 por ciento de las consultas externas atendidas. (6)

En los últimos años el MINSA ha elevado el alerta con cifras del “Bertha Calderón”, se ha experimentado un aumento de los casos de cáncer de mamas, el 90 % son en mujeres de 40 años. Ahora fallecen entre 35 y 25 cada año, la preocupación es mayor considerando que es un silencioso padecimiento que afecta a siete de cada diez mujeres (8).

Es de resaltar que los datos que se presentan en Nicaragua, hacen referencia a los casos de cáncer de mama diagnosticados pero no a los aspectos precisos de este estudio, ya que los factores psicológicos han sido estudiados en menor frecuencia luego de ser diagnosticada la enfermedad.(9)

El Instituto Nacional de Cancerología de Colombia dio a conocer estudios, según los cuales el Cáncer de seno afecta a 33 casos por cada 100.000 habitantes. Asimismo, los especialistas estiman que en dicho país, de los tumores malignos que afectan a las mujeres, los del seno ocupan el tercer lugar en mortalidad, después del cáncer de cuello uterino y del gástrico.

Por su parte, la Asociación de Oncólogos de Nicaragua, aseguró que un promedio de 100 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mamas cada año en Nicaragua al mismo tiempo que se han encontrado casos de mujeres en edades entre los 19 y 22 años que han sido diagnosticadas con cáncer, lo que indica que es un mal que ataca sin excepción alguna.

Sin embargo, el oncólogo Ramiro Sánchez, de la Clínica del Seno de Colombia, explica que a pesar de las cifras, la tercera parte de los cánceres de mama notificados es curable, gracias al cambio de mentalidad de la mujer, que hoy es consciente de que la enfermedad está latente como cualquier otra patología. (8)

Los expertos señalan que más del 60 por ciento de los cánceres de mama atacan a personas que por sus antecedentes o estilo de vida no tienen ningún factor de riesgo. "De ahí la importancia del autoexamen, los controles y las mamografías periódicas", concluye Duarte.

También cabe señalar que hoy en día la situación es muy distinta, mientras hace 10 años se quitaba el 90 por ciento del seno o todo, hoy se evalúa la relación tumor-seno y de acuerdo con ello se interviene, procurando conservarlo. Tanto por un efecto estético como de autoestima, se busca reconstruir la mama con tejido de la propia mujer, generalmente del abdomen o espalda. Pero, también existen técnicas de implantes de gel salino o de silicona. (9)

Mientras en Nicaragua la Asociación de Mujeres con Cáncer Asmucan y la Asociación de Oncólogos de Nicaragua alertaron a la población femenina nicaragüense sobre la importancia de la detección temprana de esa enfermedad.(13)

Según los registros y la información del último estudio realizado por el Hospital España, el municipio más afectado del departamento de Chinandega por tumor maligno de mamas, es el municipio de Chinandega, ya que en este, 14 mujeres fueron diagnosticadas en el año 2008, seguido del municipio de El Viejo, con 04 mujeres diagnosticadas y el municipio de Villanueva, con 03 mujeres diagnosticadas, cabe agregar que todos los municipios de este departamento, se encuentran directamente afectados por esta problemática, no obstante, el nivel de incidencia del municipio de Chinandega, es más alto que el de los otros municipios. (14)

Basados en los datos obtenidos de este estudio, realizado en el año 2008, se puede destacar que todas las mujeres diagnosticadas con cáncer de mamas, se encontraron con un bajo nivel de educación académica, siendo la mayor expresión, el nivel de primaria incompleta, seguido del analfabetismo.(14)

### III. JUSTIFICACION.

El presente estudio pretende aportar nueva información sobre, la calidad de vida, sintomatología de estrés y los estilos de afrontamiento, de mujeres residentes en Chinandega que han sido diagnosticadas con cáncer de mamas en el Hospital España de este departamento.

El cáncer de mamas es una enfermedad que ataca con mayor frecuencia a las mujeres, representa la ruptura del equilibrio emocional y de todo su ambiente psicosocial. Ante tal situación las mujeres con este problema enfrentan diferentes desafíos especialmente aquellas más jóvenes (menores de 40 años), quienes tienen que interrumpir una serie planes trazados a lo largo de sus vidas, la familia como ejemplo.

Cada año se diagnostican más de un millón de nuevos casos de cáncer de mama a nivel mundial, y la tasa de mortalidad es de unas 400.000 personas por año. (4)

Por lo que ha surgido una gran cantidad de estudios referentes al tema, no obstante a pesar del gran número de investigaciones existentes impera mucha discusión respecto a la valides de los métodos empleados, creando polémicas y dejando abierta lo opción de aportar nueva información a las causas del problema. Es de remarcar que a pesar de la existencia de gran cantidad de estudios a nivel internacional no se encuentran datos que sugieran diferencias o semejanzas con las mujeres del departamento de Chinandega que padecen de esta problemática, tomando en cuenta que las condiciones sociodemográficas pueden tener gran influencia tanto en la manifestación de estrés, calidad de vida, y estilos de afrontamiento dependiendo de las características culturales del país.



Los resultados de esta investigación proporcionaran un bosquejo de cómo reaccionan las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad, las cuales presentan en general características similares y problemáticas similares. La ejecución de este estudio es muy importante ya que de esta manera lograremos darnos cuenta si estas mujeres presentan reacciones positivas o negativas y así poder plantear alternativas de solución encaminadas a intervenir de la manera más adecuada en pro de mejorar las condiciones de vida de nuestros pobladores en general, ya que este fenómeno ataca tanto a quien la padece como a todo su entorno social.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es la calidad de vida y como se manifiesta el estrés y estilos de afrontamiento, en pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas, entre las edades de 30 a 80 años en el Hospital España, del departamento de Chinandega, en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2009?

## **V. OBJETIVOS.**

### **GENERAL:**

- Describir la calidad de vida, sintomatología de estrés y formas de afrontamiento de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas entre las edades de 30 a 80 años en el Hospital España del departamento de Chinandega en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2009.

### **ESPECIFICOS:**

- Describir las características sociodemográficas de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas.
- Identificar la calidad de vida de las pacientes diagnosticados con cáncer de mamas.
- Señalar los niveles de sintomatología de estrés en pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas.
- Subrayar las formas de afrontamiento que utilizan las pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas.

## VI. MARCO TEORICO.

El cáncer de mama es la patología neoplásica más frecuente en la mujer, siendo una localización con intensa capacidad estresante por tratarse de un órgano íntimamente relacionado con la feminidad, la autoestima y la sexualidad. La mujer se enfrenta a importantes sentimientos de ansiedad y miedo, que deben mantenerse dentro de límites tolerables para poder participar en la toma de decisiones. (3)

Una vez comunicado el diagnóstico, 50% de las pacientes presentan una respuesta "normal" ante éste, 30% desarrolla un "trastorno adaptativo" con síntomas ansiosos y depresivos y un 20% desarrollan trastornos psiquiátricos más severos, si bien la mitad de ellos son recaídas de procesos preexistentes. Son varios los factores que intervienen en el proceso de adaptación emocional, entre ellos hay que destacar la situación personal/familiar, aspectos culturales y el estilo personal de afrontamiento. (4)

"El cáncer de mama es el más frecuente en mujeres y siempre se generan muchas incógnitas sobre la enfermedad, los síntomas, el tratamiento y los efectos que puede generar. "Cada año se diagnostican más de un millón de nuevos casos de cáncer de mama a nivel mundial, y la tasa de mortalidad es de unas 400.000 personas por año. En las últimas décadas se ha despertado un interés creciente por conocer hasta que punto determinadas características de personalidad y estados emocionales, en combinación con los factores biológicos y ambientales, pueden contribuir a la etiología y progresión del cáncer de mama. (4)

La relación de factores emocionales con el estado de salud en general y con el cáncer en particular, ha sido sugerida desde la antigüedad. Hipócrates ya hablaba de la relación entre personalidades melancólicas y el cáncer. Galeno, en la misma línea, pensaba que las mujeres de temperamento melancólico estaban más expuestas al desarrollo de neoplasias que las mujeres de temperamento sanguíneo.(5)

Sin embargo no es hasta la década de los 50 cuando comienza a estudiarse de forma sistemática la posible implicación de distintos factores psicosociales en la etiología y evolución del cáncer. (13)

El interés suscitado ha sido tan considerable que sólo en los últimos veinte años han aparecido en la literatura varios centenares de libros, artículos y diferentes revistas especializadas.

Podemos decir que la mayoría de los trabajos empíricos que recoge la literatura pueden enmarcarse en cuatro grandes áreas: a) búsqueda de un perfil premórbido de personalidad relacionado con el cáncer, b) estudio de la influencia de situaciones estresantes y emociones negativas tales como ansiedad, ira y depresión, c) análisis de los estilos de afrontamiento que las personas con cáncer ponen en marcha ante la enfermedad y su repercusión en la evolución de la misma y d) tipo de intervenciones psicológicas que pueden ser más efectivas para reducir el malestar emocional y los problemas de adaptación psicosocial que se derivan del padecimiento y tratamiento de esta enfermedad. (5)

Las investigaciones cuyo principal objetivo ha sido detectar un patrón o perfil premórbido de personalidad relacionado con el cáncer (Patrón de Personalidad Tipo C), tienden a describir a las pacientes con neoplasias como personas con alto control emocional, fundamentalmente de las emociones negativas (ira, ansiedad y tristeza), cooperadoras y con tendencia al autosacrificio y a evitar los conflictos con tal de mantener relaciones armoniosas con las personas de su entorno. (5)

Los sentimientos de desesperanza y desamparo, que están presentes en personas que pierden una relación emocional importante, han sido también asociados con el origen del cáncer o con un peor pronóstico. (5)

A pesar del gran número de investigaciones que se han producido en estos últimos años, la asociación entre factores psicosociales y progresión del cáncer de mama está todavía sometida a controversia.

Los resultados de varios grupos de investigación han aportado evidencia sobre las relaciones entre acontecimientos estresantes de la vida, apoyo social, actitudes de indefensión/desesperanza, malestar emocional y supresión de emociones negativas y progresión del cáncer de mama. Sin embargo, estos resultados no son inequívocos

fundamentalmente por las deficiencias metodológicas de muchas de las investigaciones que los sustentan y por la evidencia contraria aportada por diferentes estudios, manteniéndose por ello abierta la polémica y la necesidad de nuevas investigaciones que aporten nuevos datos sobre la posible influencia de los factores psicosociales en el cáncer de mama. Igualmente, se necesita realizar más investigaciones, que permitan analizar los factores psicológicos que pueden estar influyendo en el proceso de recuperación, en la aparición de respuestas emocionales negativas y en la calidad de vida percibida de las pacientes que sufren este tipo de patología. (11)

No obstante, el tiempo de supervivencia no dice nada en cuanto a la calidad de ésta. Asimismo, los niveles de bienestar no dependen exclusivamente (ni siquiera fundamentalmente en algunos casos) de las variables físicas, sino también de las psicológicas y psicosociales, consideradas como codeterminantes de la calidad de vida. Sabemos que el ser humano, es un ser biopsicosocial e inserto en el tiempo y en la historia, lo que él piensa, lo que siente, lo que se imagina, tienen una importancia mucho mayor de lo que se presupone en el pronóstico y evolución de cualquier enfermedad. (11)

Existe un consenso de que la calidad de vida es un área multidimensional que abarca, como mínimo, tres grandes campos (físico, psicológico y social) que pueden verse afectados por una enfermedad y/o tratamiento. El funcionamiento físico se define como la capacidad de realizar un grupo de actividades de la vida diaria, así como los síntomas físicos resultantes de una enfermedad o de un tratamiento médico. La función psicológica va desde un *distrés* psicológico severo hasta un sentimiento positivo de bienestar y puede, igualmente, abarcar la función cognitiva. Por último, el aspecto social incluye los aspectos cualitativos y cuantitativos de la interacción, la relación y la integración social. (7)

Estos aspectos se inscriben fundamentalmente en el concepto de “calidad de vida” (CV), entendido entonces, como la percepción de un individuo del lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto,

por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. (OMS, 1996) Teniendo en cuenta la concepción presentada de la CV, Bonicatto, Dew, Zaratiegui, Lorenzo y Pecina (2001), pioneros en la investigación sobre CV en Argentina administraron sobre diversas poblaciones el WHOQOL-100 (un instrumento desarrollado por la OMS para evaluar CV) y encontraron que la CV estaba significativamente deteriorada en pacientes depresivos, a diferencia de poblaciones con otras patologías crónicas severas como cáncer, dolor lumbar e hipertensión. (7)

Asimismo, analizando sólo los pacientes oncológicos, se evidenciaron menores puntajes en la dimensión psicológica, las relaciones sociales y la percepción del medio ambiente, a diferencia del aspecto físico y el nivel de independencia. Asimismo, Mor (1987) ha encontrado fuertes relaciones entre el estado físico y las mediciones en la CV, proponiendo que una caída en los niveles del estado de ejecución está asociada a una baja significativa en la CV. (7)

Debido a interrogantes que quedan pendientes a partir de los estudios publicados, se propone en el actual trabajo analizar la calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento, teniendo como hipótesis inicial que las estrategias de afrontamiento del paciente son una variable moduladora de la evaluación subjetiva de la CV. Se evidencia la necesidad de explorar y describir estos aspectos para obtener una mirada integradora del vivir de los enfermos neoplásicos, en función de un futuro trabajo interdisciplinario.

Al mismo tiempo, tales evaluaciones pueden contribuir en una mayor adecuación de los abordajes terapéuticos empleados por los profesionales de la salud en la planificación de los servicios sanitarios y en la implementación de estrategias de prevención. (1)

### Estrés y cáncer de mamas

Aunque el optimismo no es todo lo que se necesita para prevenir el cáncer de mama, sino comer bien, estar físicamente activo y seguir las recomendaciones, la felicidad y el optimismo podrían ayudar a protegerse frente a la enfermedad.

Las investigaciones sobre afrontamiento en individuos con cáncer, parten de que las enfermedades, particularmente aquellas que tienen un carácter crónico, representan para la mayoría de los individuos una situación generadora de estrés. El padecer cáncer, en este caso de mama, tal vez no sea un evento estresante generalizado, sin embargo de acuerdo con Royak-Schaler (1991), el cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto psicológico, ya que este padecimiento puede ser valorado como estresante, en tanto implica pérdida y amenaza.(2)

En las mujeres con cáncer de mama, la cantidad de estrés y ansiedad de su vida a menudo no se torna evidente hasta después de finalizar el tratamiento. Puede ser difícil compatibilizar sus responsabilidades cotidianas mientras tiene que afrontar el estrés relacionado con ser una sobreviviente del cáncer de mama. El estrés afecta a cada persona de manera diferente, pero hay algunas señales de advertencia que se deben observar ya que indican un nivel de estrés muy alto. (2)

Además de ser una experiencia potencialmente traumática, capaz de provocar efectos psicológicos en las pacientes con cáncer de mama. Dadas las últimas adaptaciones en el concepto de trauma en el DSM IV- TR, poniendo mayor atención en los aspectos subjetivos del mismo, así como la consideración de una enfermedad amenazante para la vida, se pueden comprender entonces desde el punto de vista teórico, como un trastorno de estrés agudo o postraumático.(3)



Es posible que esté demasiado estresada si:

- está siempre excitada, quizás hasta el punto de no poder conciliar el sueño.
- le resulta difícil resolver los problemas.
- le cuesta relajarse. ¿Sus músculos están siempre tensos?
- le duele la cabeza.
- se enoja más fácilmente.

Existe amplia relación entre el estrés y los estilos de afrontamiento ya que, una buena aplicación de afrontamiento, puede reducir los niveles de estrés.

#### Estrategias de afrontamiento:

Son el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas, externas e internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos. Lazarus y Folkman (1991) quienes definen afrontamiento como aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (2)

Si estos esfuerzos resultan efectivos en la resolución de los problemas, proporcionan alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio: en definitiva disminuirán el estrés.

Se distinguen dos grandes estilos de afrontamiento:

- Activos: en los que se adopta un talante luchador aceptando el problema y adoptando una actitud optimista.
- Pasivos: tienden a la evitación o negación del problema, el fatalismo, la preocupación excesiva y la actitud de desesperanza y desesperación ante la enfermedad. (2)

Dado que actualmente no se cuenta con una definición conceptual de ajuste psicosocial a la enfermedad, para el propósito de este estudio se tomará como ajuste psicosocial la valoración que hace el paciente respecto a cómo su enfermedad ha afectado las actividades de la vida cotidiana, tales como la orientación al cuidado de la salud, las actividades laborales/vocacionales, las actividades domésticas, las relaciones sexuales, las relaciones familiares, el ambiente social y la aflicción psicológica (Derogatis, 1986).(10)

La paciente cuenta con diferentes recursos para afrontar la enfermedad. Dichos recursos son herramientas útiles que a lo largo de su vida ha ido adquiriendo y de las que echa mano para afrontar el problema. Entre ellas podemos citar:

- Físicos: Salud, energía.
- Personales: Creencias personales.
- Sociales: Habilidades sociales.
- Materiales.
- Ambientales.

Patrones de respuesta psíquica.

Los patrones de respuesta psíquica son la respuesta psíquica final ante la presencia de un problema, que van desde una adaptación no psicopatológica hasta el desarrollo de una enfermedad psiquiátrica severa. Podemos describir diferentes patrones de respuesta:

- Adaptación terapéutica:

Son las reacciones de preocupación y ansiedad lógicas que no interfieren en el ajuste global a la enfermedad, siendo capaz la paciente de aceptar y seguir las indicaciones médicas, modificar su modo de vida en función de la gravedad y recuperar su ritmo laboral y social al terminar la enfermedad, salvo que queden incapacidades residuales que exijan un reajuste.

- Trastorno adaptativo:

En este tipo de respuesta aparecen síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable dentro de los 3 meses siguientes a su aparición. Clínicamente se expresa con mayor malestar de lo esperable y con deterioro significativo de la actividad social o laboral del paciente. Puede presentarse con ánimo depresivo, ansioso o mixto.

- Negación:

La paciente experimenta una minimización extrema de la enfermedad y de sus implicaciones. Suele aparecer en las primeras fases cuando aún no han aparecido síntomas o secuelas importantes de la misma.

En general obstaculiza el afrontamiento, si bien en ocasiones puede “proteger al paciente” ante una situación que “no puede tolerar”.

- Desarrollo de enfermedad mental:

En ocasiones la enfermedad supone un estresante tan intenso que puede desencadenar el afloramiento de una enfermedad mental a la que la paciente era vulnerable y había permanecido silente hasta ese momento.

Respuesta emocional ante las diferentes fases de la enfermedad.

- Respuesta emocional ante el diagnóstico:

La mayoría de las mujeres refieren una combinación de miedo, ira, culpa, ansiedad, soledad, abandono y negación con diferente intensidad. En función de cómo sea capaz de afrontar la nueva situación, estos síntomas se resuelven en unos días o se estructuran en un proceso psicopatológico que requerirá tratamiento (trastorno adaptativo, episodio depresivo...)

- Respuesta emocional ante la quimioterapia:

Existe evidencia de que los agentes quimioterápicos pueden influir en el metabolismo de las aminas biógenas, que están directamente relacionados con los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad mental. Por lo tanto estos agentes pueden generar psicopatología por acción biológica directa, induciendo trastornos del estado de ánimo fundamentalmente e incluso otros.

Por otra parte, las repercusiones físicas de dichos tratamientos son importantes: alopecia, decaimiento... Produciéndose una aproximación a la idea de no curabilidad, y siendo una fuente importante de ansiedad.

Existe evidencia de que a corto plazo se produce un aumento considerable de los problemas psicológicos, sociales y sexuales de las mujeres que recibían quimioterapia, sin embargo 2 a 5 años tras recibir el tratamiento menos de un tercio de las pacientes comunicaron estos problemas en un grado moderado o severo.

- Respuesta emocional ante el tratamiento radioterápico:

Dicho tratamiento ha demostrado incrementar los niveles de ansiedad en relación a los siguientes aspectos:

- Asociación inevitable con desastres naturales, lo que incrementa la sensación de gravedad de la enfermedad.

- Aproximación a la idea de no curabilidad.
- Temor a que “la máquina” no funcione correctamente y los posibles efectos indeseables.
- Preocupaciones por la administración, preparativos, movimientos... con toda la carga de ansiedad que ello conlleva.

Sin embargo los niveles de ansiedad vuelven a niveles normales a las dos semanas de finalizar el tratamiento.

- Respuesta emocional ante el tratamiento quirúrgico:

Puede suponer una fuente de angustia ya que los resultados obtenidos pueden confirmar la presencia de la enfermedad, el mal pronóstico, cirugía mutilante o disfunción sexual.

La percepción de la imagen corporal y el sentido de bienestar es superior entre las pacientes tratadas con cirugías más conservadoras. Sin embargo estos sentimientos positivos de sí mismas no se trasladan necesariamente a una mejor adaptación sexual.

Una posible estrategia para minimizar la respuesta emocional secundaria a la cirugía es hacer a la paciente partícipe de la elección de los procesos terapéuticos posibles, dándole información de las opciones de supervivencia a largo plazo, así como de las posibles secuelas.

- Las recidivas:

El temor a sufrir una recidiva está relacionado con la respuesta emocional que la paciente ha tenido al proceso previo. En algunas pacientes este temor persiste durante el resto de sus vidas, sufriendo exacerbaciones en las visitas de control o con los problemas físicos intercurrentes. Incluso el hecho de ser dadas de alta es vivida con angustia al desaparecer la sensación de vigilancia que los cuidados médicos representaban.

El manejo de la información:

Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad. No obstante y en beneficio del paciente, puede ser oportuno no comunicarle inmediatamente un pronóstico muy grave. Del mismo modo, si el paciente nos hace llegar su deseo de “no saber”, éste debe ser respetado.

Lo más adecuado es ir comunicando una “verdad soportable”, es decir, informar de forma gradual y progresiva sobre la realidad de su enfermedad, de forma que la pueda ir asimilando por sí mismo. Hay que seguir el ritmo que marca el paciente, huyendo de falsas expectativas.

Tipos de intervención/derivación:

Dependerá del tipo de respuesta emocional que experimente la paciente, así como del momento de la enfermedad en el que nos encontremos. Las pacientes con una respuesta emocional “normalizada”, pueden beneficiarse de “intervenciones de apoyo” por parte de sus familias, profesionales, asociaciones de pacientes.

Sin embargo, las pacientes que desarrollan respuestas desadaptativas pueden beneficiarse de tratamientos psicoterapéuticos y psicofármacos lógicos específicos, debiendo ser derivadas a los recursos de salud mental.

Si a esto añadimos la necesidad de establecer vías de conexión entre los aspectos psico-sociales y los biológicos, comprenderemos que la dificultad es máxima y que, dada nuestra capacidad limitada de procesamiento, debemos contentarnos, hoy por hoy, con establecer relaciones empíricas entre algunas variables tanto biológicas, como psicológicas y sociales. Y es así que uno de los aspectos a estudiar que ha cobrado gran importancia el último tiempo es el afrontamiento. (2)

Este modelo se denomina modelo transaccional del stress en tanto que el afrontamiento no es simplemente una respuesta a un hecho que ha sucedido, sino que es un proceso activo de modelado de lo que ha sucedido y de lo que sucederá. (2)

Existen dos clasificaciones predominantes del afrontamiento: La primera, se divide entre las formas centradas en el problema – dirigidas a manipular o alterar el problema, las centradas en la emoción – dirigidas a regular la respuesta emocional. Una segunda clasificación, según el foco, es la efectuada entre formas de afrontamiento activas (o de aproximación) versus formas de evitación. Las primeras, se refieren a aquellos esfuerzos cognitivos o conductuales para manejarse directamente con el evento estresante. Las formas evitativas consisten en el no enfrentamiento con el problema o en la reducción de la tensión a través de conductas de escape (Moos, 1998). (2)

Se han publicado diversos estudios empíricos sobre estrategias de afrontamiento. Valderrama, Carbellido y Domínguez (1995) encontraron en 71 mujeres con cáncer cervicouterino que el estilo de afrontamiento más utilizado es la negación, aunque las pacientes hacen uso de una amplia gama de esfuerzos cognitivos y conductuales para controlar el problema y sus consecuencias emocionales. A su vez, Stiebler Leal (1993) constató una asociación significativa entre las respuestas psicológicas iniciales de las pacientes al diagnóstico y los resultados de la progresión de la enfermedad después de cinco, diez y quince años.

Las consecuencias favorables fueron más frecuentes en pacientes cuyas respuestas fueron categorizadas como negación o espíritu de lucha, no así la aceptación estoica ni la desesperanza. En otro estudio con 65 pacientes con cáncer de mama no metastásico (Ferrero Berlanga, Toledo Aliaga & Barreto Martín, 1995) el espíritu de lucha también se asoció significativamente con una mejor percepción global de la calidad de vida y menor diestrés psicológico. (2)

El fatalismo, la preocupación ansiosa y el desamparo/ desesperanza se asociaran a una menor calidad de vida global y mayor diestrés. Asimismo, en un estudio con 269 mujeres con cáncer genital y mamario encontraron una asociación entre mayores

problemas psicosociales, mayor depresión y más utilización de estrategias de resignación y catarsis (Ibáñez & Rosbundo, 1993). Al mismo tiempo que atender al modo de afrontamiento, en el caso específico de los pacientes con cáncer, históricamente los objetivos de los tratamientos han sido reducir los síntomas y prolongar la vida (Stiebler Leal, 1993). (1)

Se puede tomar algunas medidas para reducir los efectos del estrés en la vida.

No guarde todo en su interior

Una de las mejores maneras de asegurarse de que el estrés no logre vencerla es contando sus preocupaciones a sus familiares y amigos, ya que a veces las situaciones que parecen más temibles sólo lo son cuando las enfrenta sola. Si bien es importante no obligar a nadie a hablar sobre sus cosas, usted y sus familiares y amigos deben alentarse mutuamente para conversar sobre los motivos de su estrés. Un grupo de apoyo para sobrevivientes también puede ser un excelente ámbito para conversar sobre cuestiones estresantes con alguien que comprende sus sentimientos. Las mujeres que asisten a los grupos de apoyo saben cómo se siente porque han estado en la misma situación que usted. Pueden brindarle un punto de vista renovado y experimentado. El estrés más grande a menudo viene en paquetes pequeños, de modo que es importante establecer prioridades. Intentar dedicarse a demasiados proyectos puede causar acumulación de estrés; por lo tanto, es importante recordar que quien mucho abarca poco aprieta y que no debe tener miedo de pedir ayuda. Sus familiares y amigos probablemente la ayuden con gusto a alivianar su carga de la manera que pueda. (7)



## Otras opciones

Hay muchas maneras de afrontar el estrés en su vida, por eso, descubra cuál de las siguientes es la más adecuada para usted. (3)

- Haga ejercicios: a veces un poco de actividad física puede tranquilizar su mente, pero asegúrese de consultar con su médico antes de comenzar.
- Consiéntase: tomarse un descanso para usted misma, ya sea para disfrutar de un baño de inmersión, ir de compras o leer un libro, puede ayudarla a relajar la mente y el cuerpo para poder enfrentarse a los problemas con una perspectiva nueva.
- Aprenda a relajarse: existen muchas técnicas de relajación que puede aprender, desde yoga y meditación hasta aroma terapia y musicoterapia, que pueden ayudarla a desenchufarse y dejar atrás el estrés.
- Escriba: tomarse el tiempo necesario para anotar sus esperanzas, sus miedos y sus altibajos en un diario puede ayudarla a organizar sus pensamientos y obtener una perspectiva más clara de su vida.

Está comprobado que el stress, las tensiones y los desequilibrios en el trabajo, en la familia o con la pareja son un factor determinante para la manifestación de algún tipo de cáncer. (3)

Paradójicamente, en la mayoría de las ocasiones, las mujeres que tienen un dolor en el seno o alguna anomalía no acuden a un especialista para salvar su vida, ya que tienen miedo de tener algún tipo de cáncer o tumor en el seno. (3)

Sin embargo, el cáncer de mama no presenta dolor y por ello es más peligroso, pues al ser silencioso no avisa a la afectada, de ahí que sea muy importante no tener miedo y autoexplorarse los senos, y en caso de detectar algo extraño acudir al médico. (3)

Méndez reiteró que un factor determinante en la manifestación de algún tipo de cáncer son las tensiones emocionales, pues la mayoría de las mujeres que han presentado cáncer de mama tienen el perfil de la mujer sumisa o insatisfecha sexualmente. (10)

## VII. DISEÑO METODOLOGICO.

**Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal.

**Área de estudio:** Hospital España del departamento de Chinandega situado sur-este de la ciudad.

**Unidad de análisis:** (Universo): Mujeres diagnosticadas con cáncer de mamas durante el año 2008, en el Hospital España del departamento de Chinandega.

**Población:** 48 Mujeres diagnosticadas con cáncer de mamas entre las edades de 30 a 80 años de edad y que cumplan con nuestros criterios de inclusión.

**Muestra y muestreo:** No es preciso determinar en este caso, pues, se trabajó con el total de la población.

### **Criterios de inclusión:**

- Que haya sido diagnosticada con cáncer de mamas en el hospital España (Chinandega); en el año 2008..
- Que tenga entre las edades de 30 a 80 años.
- Que desee participar en el estudio.
- Que firme el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión:**

- Que no haya sido diagnosticada con cáncer de mamas en el hospital España (Chinandega).
- Que estén fuera de las edades de 30 a 80 años.
- Que no desee participar en el estudio.

**Control de sesgo:**

- Se verificó que los datos fuesen llenados correctamente.
- No debe existir omisiones, que perturben el resultado de los datos.
- Se explicó en todo momento cualquier duda o inquietud que presentaron las participantes.

**Procedimiento de recolección de información**

Para la adquisición de la información se le pidió una carta formal al director de la carrera, posteriormente se entregó al director del hospital España de Chinandega y aceptada la misma, se le informó al mismo, los objetivos de nuestro estudio.

Para el desarrollo del estudio buscamos en los expedientes clínicos, las pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas que cumplan con nuestro criterio de inclusión. Exploramos el número de mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mamas dentro del periodo de estudio.

Visitamos a las pacientes que habitan en el departamento de Chinandega, que se encuentren entre las edades de 30 a 80 años y que fueron diagnosticadas con cáncer de mama y se les explicó el objeto de nuestra visita.

Después se les pidió su consentimiento para la participación de nuestro estudio continuando con la aplicación de pruebas psicométricas tales como: Cuestionario sobre calidad de vida satisfacción y placer, el ISE y Escala de afrontamiento de Lazarus.

**Instrumento:**

Para la recolección de información se utilizaron los siguientes instrumentos:

**Test de calidad de vida satisfacción y placer:**

1. Autores (J. Endicott, J. Nee, W. Harrison, y W. Blumenthal). Evalúa el grado de placer y satisfacción que experimenta el sujeto en distintas áreas del funcionamiento cotidiano, con 83 ítems que exploran las siguientes áreas: Estado de salud física: 13 ítems, estado de animo: 14 ítems, trabajo: 13 ítems, actividades del hogar: 10 ítems, actividades de tiempo libre: 6 ítems, relaciones sociales: 11 ítems, actividades generales: 16 ítems.

Para contestar a cada ítem se dispone de una escala de tipo Likert de frecuencia de 5 valores que oscilan entre “Nunca”, y “A menudo” o “Siempre.” La puntuación se expresa en porcentajes respecto a la máxima puntuación que un sujeto pueda obtener en esa área.

La calidad de vida es subjetiva y no posee medidas estándar. Si el sujeto contesta a todas las preguntas con “Siempre”, la puntuación obtenida sería la máxima posible, por tanto el 100 %. Si contesta a todas las preguntas con “A menudo” la puntuación sería 80 %. Y si contesta “A veces”, la puntuación se corresponde con el 60%. La respuesta “Casi nunca”, corresponde con el 40% y la respuesta “Nunca” con el 20%

2. **ISE, inventario de sintomatología de estrés:** Este instrumento fue elaborado por Bernardo Moreno Jiménez de la universidad autónoma de España UAM y Ana María Benavides Pereira de la universidad paulista de Rio de Janeiro, Brasil, consta de 30 ítems, el instrumento está conformado por una matriz de doble entradas en la que la primera columna presenta 30 signos y síntomas de estrés y las siguientes 5 columnas ofrece una escala tipo likert, nunca, rara vez, moderadamente, frecuentemente, siempre y a cada uno de ellos se les ha asignado un valor.

Estudia tres dimensiones: sintomatología física, psíquica y social. Entre los baremos que estudia son: bajo, medio y alto. El instrumento es de auto aplicación sintomatologías psicológicas con intervalos de 0-11 bajo, 12-19 medio y mayor de 19 altos. Con sintomatología física y socio psicológica de 0-5 bajo, 6-8 medio, mayor de 8 altos respectivamente, sintomatología global de 0-22 bajo, 23-33 medio, mayor de 33 alto.

**3. Escala de afrontamiento de Lazarus:** El título de esta prueba es escala de modos de afrontamiento, fue creado por Folkman y Lazarus. Esta escala es posiblemente el instrumento más popular para el estudio del afrontamiento, estos autores enfatizan que para la evaluación del afrontamiento debe:

- hacer referencia a sentimientos, pensamientos y actos específicos y no los informes de lo que el individuo podría o querría hacer.
- Ser examinado en un contexto específico.
- Ser estudiado en diferentes periodos de tiempo de modo que puedan observarse los cambios en pensamientos, sentimientos y actos como consecuencias de los cambios en las demandas y evaluaciones del entorno.

El instrumento consta de 67 ítems cada uno de los cuales se responde de acuerdo a los criterios siguientes, en función de la medida de que el sujeto respondió o actuó como describe cada uno de ellos las puntuaciones son:

0= en absoluto

1= en alguna medida

2= bastante

3= en gran medida

Para su evaluación ordinaria los 67 ítems están clasificados en 8 subescalas las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cual de las categorías propuestas es la que predomina; esta será el modo de afrontamiento que ha utilizado con mayor frecuencia.

#### **Plan de análisis:**

Una vez recopilada la información, los datos obtenidos se procesaron por un paquete estadístico SPSS versión actualizada. Luego trabajamos con los porcentajes y presentamos los resultados a través de diagramas de pastel y gráficos.

#### **Consideraciones éticas:**

- Todas las mujeres diagnosticadas con cáncer de mamas en el periodo de enero a diciembre del año 2008 fueron candidatas a la participación, y se les explicaron los objetivos y propósitos de dicho estudio.
- Se garantizó la confidencialidad en todo momento para las mujeres que participaron en el estudio.
- Se proporcionaron las condiciones necesarias para la aplicación de las pruebas anteriormente mencionadas.
- Consentimiento informado.

### Operacionalización de las variables.

Variable	Definición	indicadores	Escalas
Datos socio-demográficos.	Aspectos económicos y sociales en los que se desenvuelve.	Edad. Sexo. Estado civil. Educación. Religión. Origen	30 a 80 años. Femenino y masculino. Soltera, casada, Acompañada, etc. Primaria, secundaria, universidad, etc. Católica, evangélica, Testigo, etc. Urbano y Rural.
Calidad de vida.	Percepción que tiene el individuo del lugar que ocupa en el entorno cultural, creencias, así como la relación con sus expectativas, acompañado de un grado satisfactorio de salud en general.	Estado de salud física. Estado de ánimo. Trabajo. Actividades en la casa. Tareas de curso. Actividades de tiempo libre. Relaciones sociales. Act. Generales.	Nunca. Casi nunca. A veces. A menudo o la mayor parte del tiempo. Muy a menudo o siempre.

<p>Estrés</p>	<p>Respuesta general del organismo ante demandas externas o internas. Que resultan amenazantes, movilizando así recursos físicos y psicológicos para afrontar la demanda</p>	<p>Psicológico. Físico. Social. Global.</p>	<p>Nunca.(0) Rara vez. (1) Moderadamente. (2) Frecuentemente. (3) Siempre. (4)</p>
<p>Estilos de afrontamientos de Lazarus.</p>	<p>Son el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas.</p>	<p>Confrontación. Distanciamiento. Auto-control. Búsqueda de apoyo social. Aceptación de la responsabilidad. Huida-evitación. Planificación. Reevaluación positiva.</p>	<p>En absoluto. (0) En alguna medida. (1) Bastante. (2) En gran medida. (3)</p>



## Resultados:

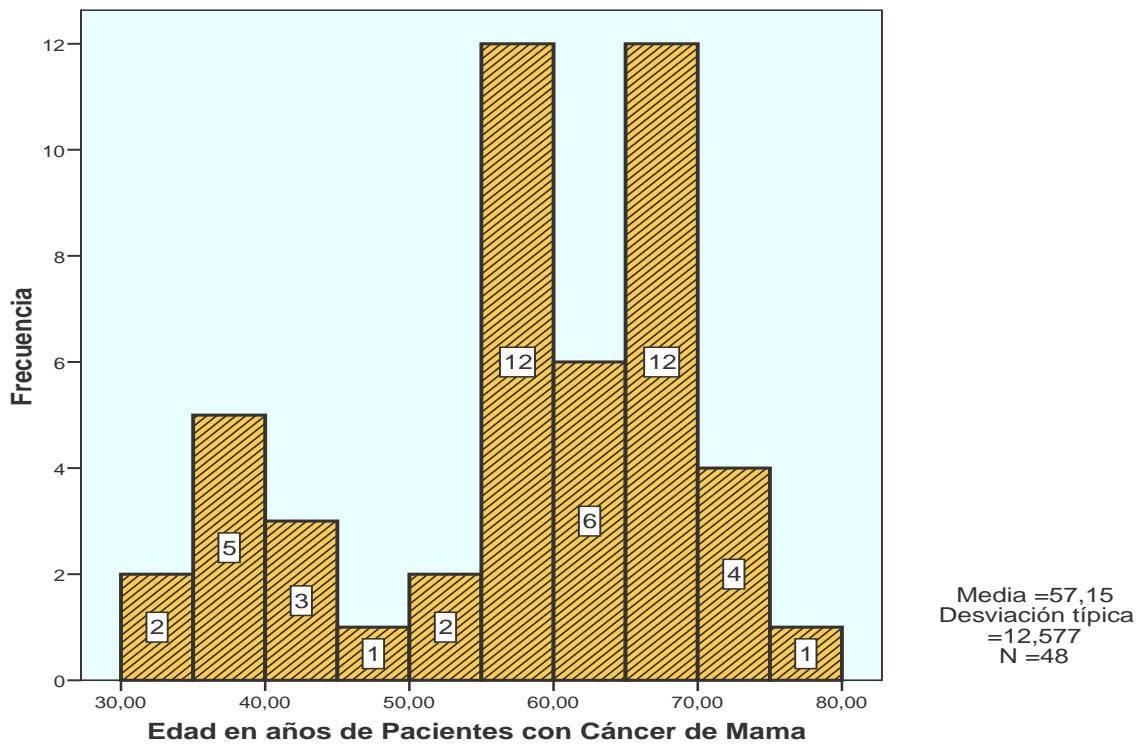
Dándole cumplimiento a nuestros objetivos tanto general, como específicos, los resultados que aquí se presentan son los siguientes:

### Datos socio demográficos:

Edad en años de Pacientes con Cáncer de Mama

<b>N</b>	<b>Válidos</b>	<b>48</b>
	<b>Perdidos</b>	<b>1</b>
<b>Media</b>		<b>57,1458</b>
<b>Mediana</b>		<b>59,0000</b>
<b>Moda</b>		<b>69,00</b>

*Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q*



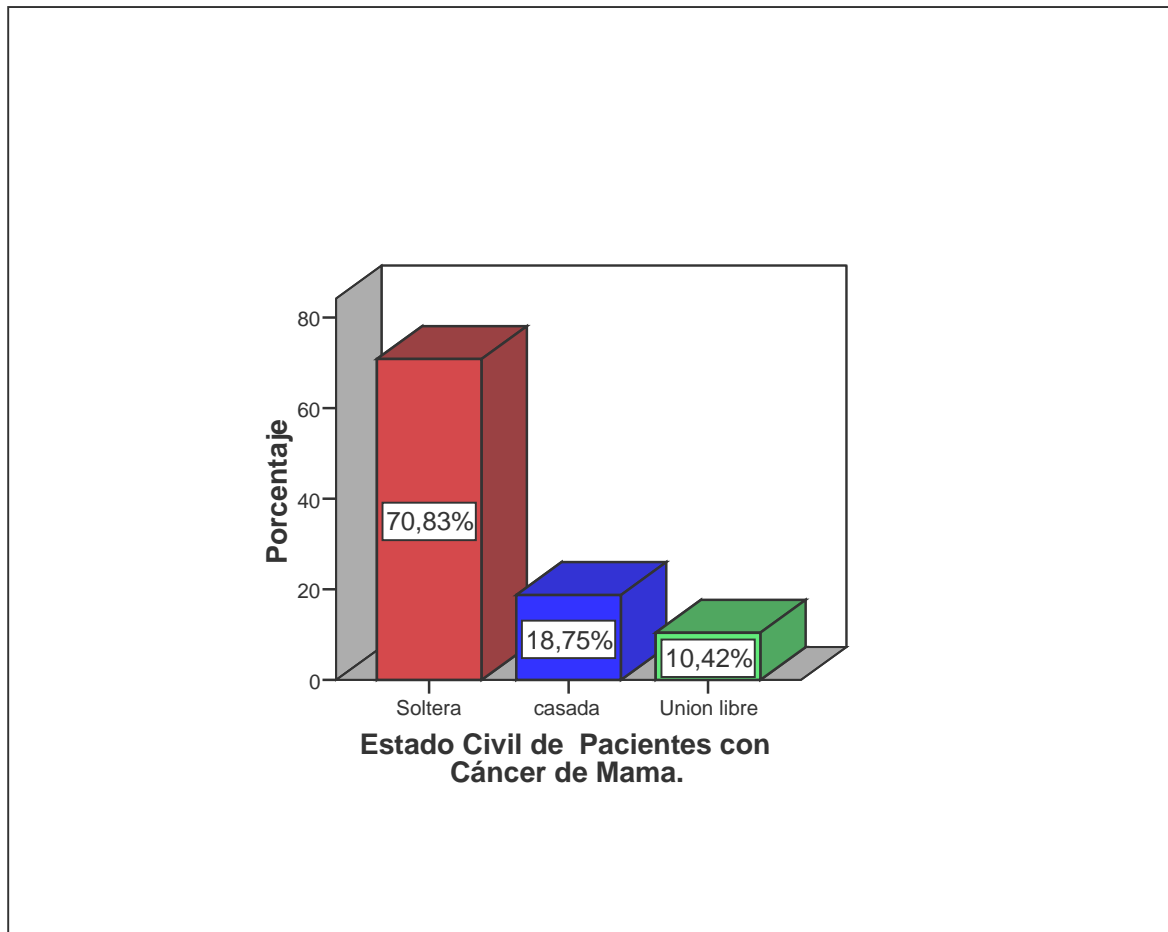
*Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q*

Esta grafica muestra; que las edades que se manifestaron con mayor frecuencia se encuentran entre 60 y 70 años, y un visible segundo lugar lo tienen las mujeres entre las edades de 30 a 40 años.

### Estado Civil de Pacientes con Cáncer de Mama.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	34	69,4	70,8	70,8
	Casada	9	18,4	18,8	89,6
	Unión libre	5	10,2	10,4	100,0
	Total	48	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,0		
Total		49	100,0		

*Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q*



*Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q.*

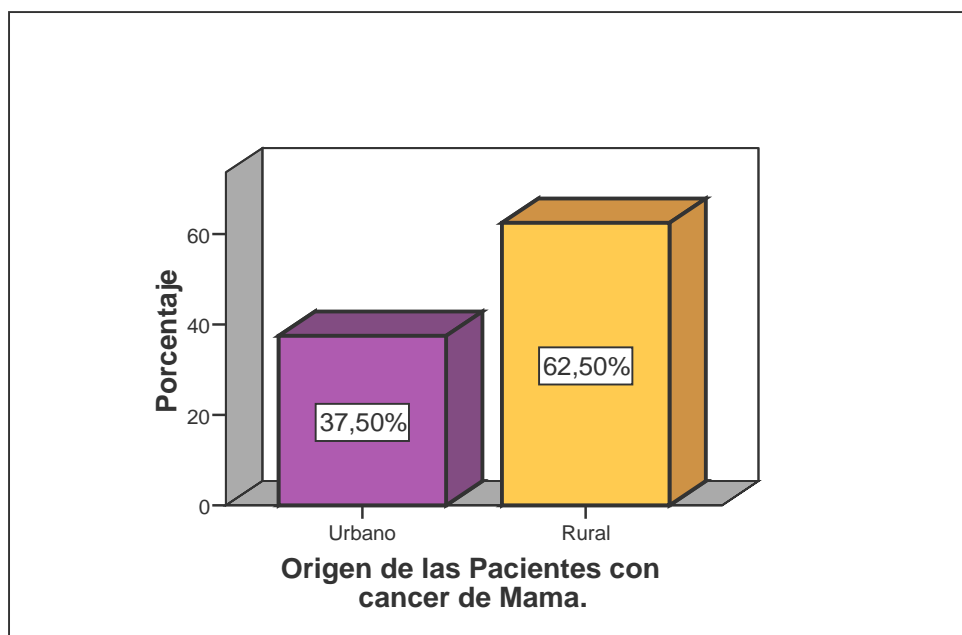
Esta es la representación gráfica de las pacientes con cáncer de mamas, quienes en su estado civil, muestran un 70.83%, de solteras, seguido de 18.75% que refiere al hecho de estar casadas, y un 10.42% que aseguran sostener relaciones en unión de hecho estable.

### Origen de las Pacientes con cáncer de Mama.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Urbano	18	36,7	37,5	37,5
	Rural	30	61,2	62,5	100,0
	Total	48	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,0		
Total		49	100,0		

*Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q.*

### Origen de las Pacientes con cancer de Mama.



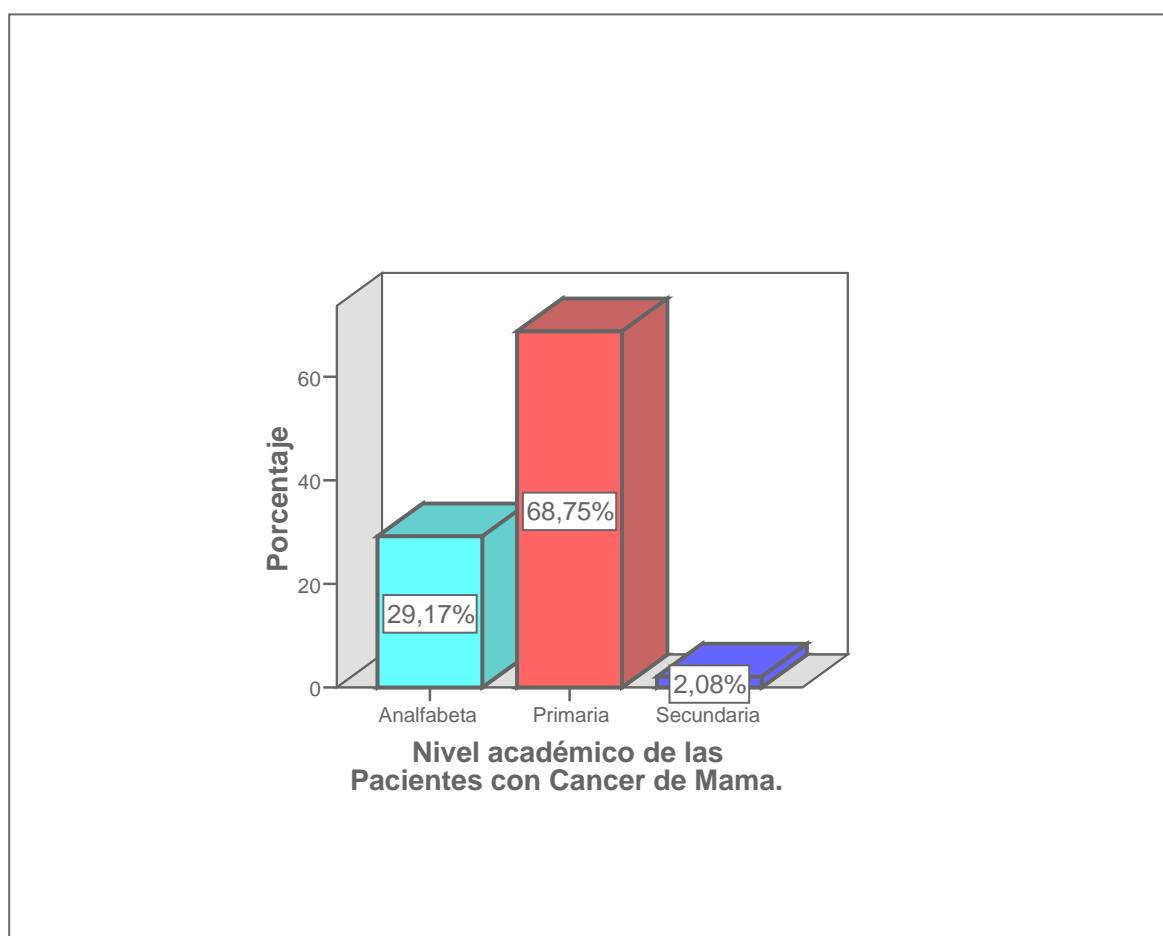
*Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q.*

En este apartado, se determina el origen de las pacientes con cáncer de mama, el cual presenta un 62.50% del total de pacientes, provenientes de zonas Rurales, frente al 37.50% de pacientes que residen en zonas Urbanas. No está de más remarcar que, nos es indispensable en nuestro estudio, conocer la procedencia de las pacientes, ya que se trabajó con el total de la población, si es necesario conocer, que zona de la población es la más afectada. En este caso, la zona Rural presenta mayor incidencia de afectación que la Urbana.

### Nivel académico de las Pacientes con Cáncer de Mama.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabetas	14	28,6	29,2	29,2
	Primaria	33	67,3	68,8	97,9
	Secundaria	1	2,0	2,1	100,0
	Total	48	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,0		
Total		49	100,0		

Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q.



Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q.

El grado académico mas alto de las pacientes que participaron en esta prueba, es Primaria, con el 68.75% de mujeres, en segunda posición se encuentra el analfabetismo, el cual representa el 29.17% de mujeres can cáncer de mama y un porcentaje muy reducido; 2.08% que obtuvieron el grado de secundaria.

La aplicación de los test referidos en nuestro diseño metodológico, (calidad de vida satisfacción y placer; Q-LES-Q, ISE: inventario de sintomatología de estrés y Escala de afrontamiento de Lazarus). Nos muestran los siguientes resultados.

### **RESULTADOS DE LA PRUEBA CALIDAD DE VIDA SATISFACCION Y PLACER. Q-LES-Q.**

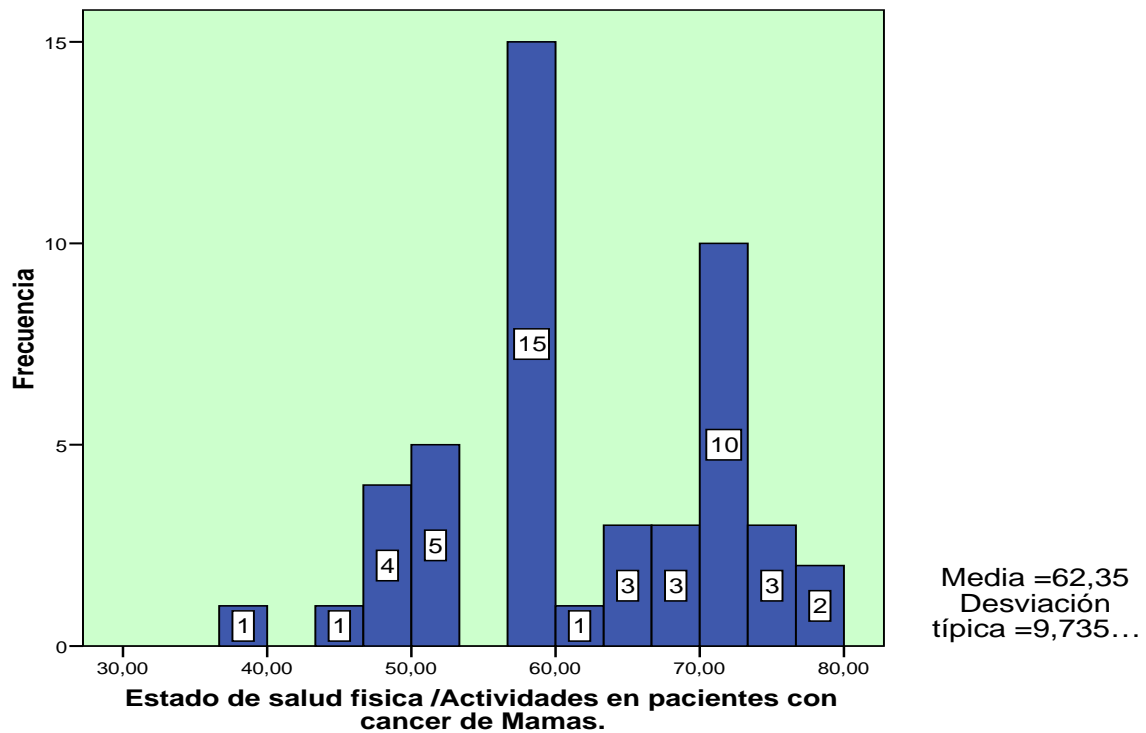
Como se menciona en el diseño metodológico, esta prueba se subdivide en ocho categorías, las que se presentan de la siguiente manera:

#### **Estadísticos**

#### **Estado de salud física /Actividades en pacientes con cáncer de Mamas.**

<b>N</b>	<b>Válidos</b>	<b>48</b>
	<b>Perdidos</b>	<b>0</b>
<b>Media</b>		<b>62,3458</b>
<b>Mediana</b>		<b>60,0000</b>
<b>Moda</b>		<b>60,00</b>

Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q



Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

El histograma que aquí se presenta, nos muestra que la mayor frecuencia de porcentajes que se manifiesta en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas en Chinandega está comprendida entre los rangos de 60 a 70%. Teniendo así, una puntuación media del 62.35 % en esta área.

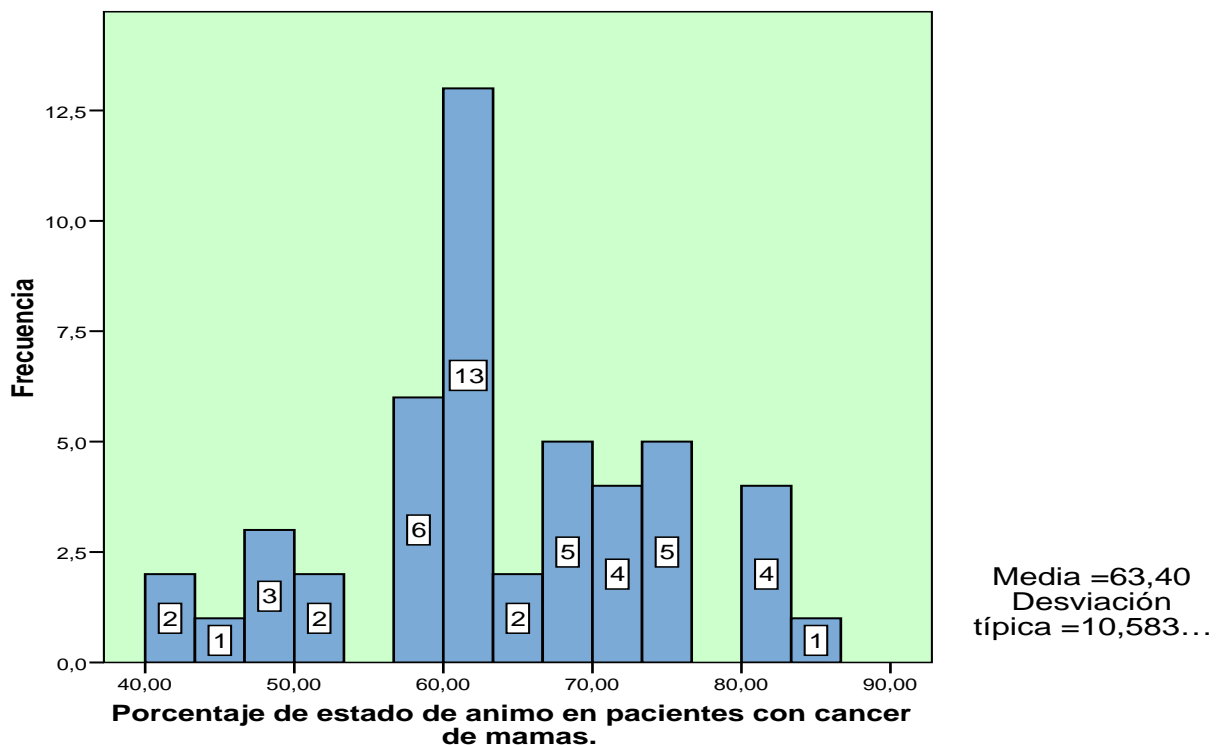
### Estado de ánimo en pacientes con cáncer de mamas.

## Estadísticos

Porcentaje de estado de ánimo en pacientes con cáncer de mamas.

N	Válidos	48
	Perdidos	0
Media		63,4021
Mediana		60,0000
Moda		60,00

Porcentaje del estado de ánimo de pacientes con cáncer de mamas.



Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

El área del estado de ánimo refleja claramente que la mayor frecuencia en las puntuaciones obtenidas por las pacientes, generó una media del 63.40%, puntuación que se puede observar en la grafica, siendo, en menor grado seguida por, las puntuaciones que oscilan entre, 70 y 75%, y finalmente por puntuaciones de los extremos, como son porcentajes de 40 a 50% o de 80 a 90%. Que representan una menor incidencia de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en Chinandega.

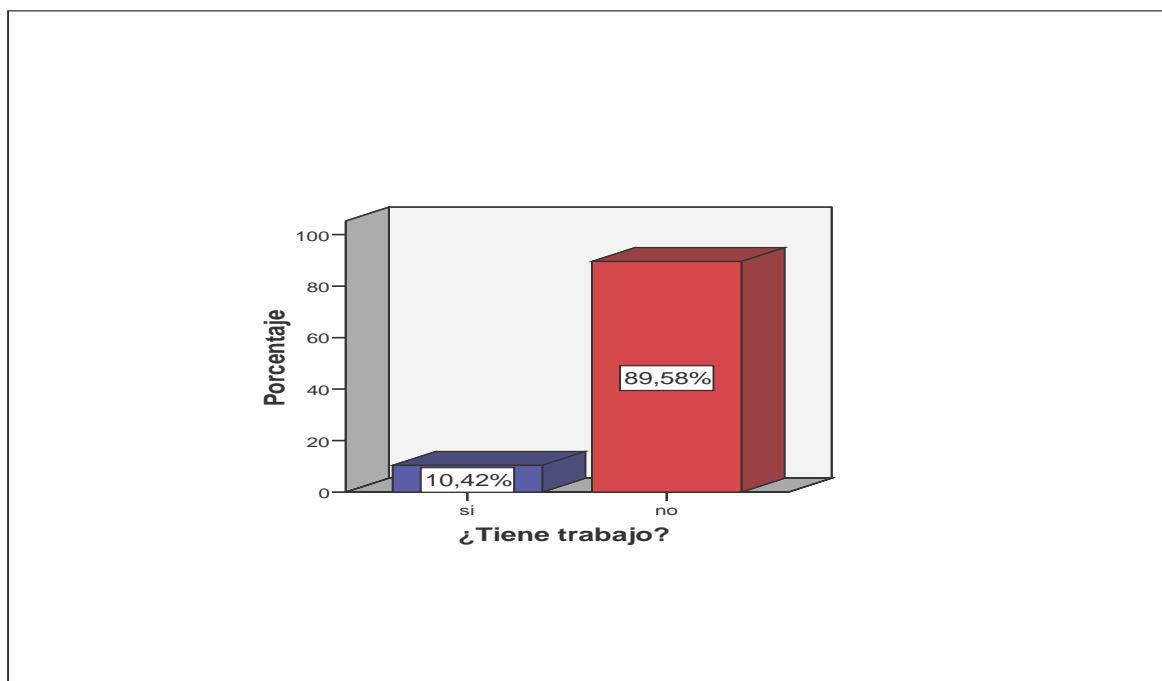
La siguiente es el área de trabajo, la cual ha sido subdividida para una mejor interpretación:

**Estadísticos:**  
**¿Tiene trabajo?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	5	10,4	10,4	10,4
	no	43	89,6	89,6	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

**¿Tiene trabajo?**



Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

Este es el primer acápite del área de trabajo, en la cual se nota claramente que en su mayoría: 89.58% no tienen un trabajo, contra un 10.42% que tienen trabajos ya sea voluntarios o por su cuenta, como se verá en el siguiente grafico.

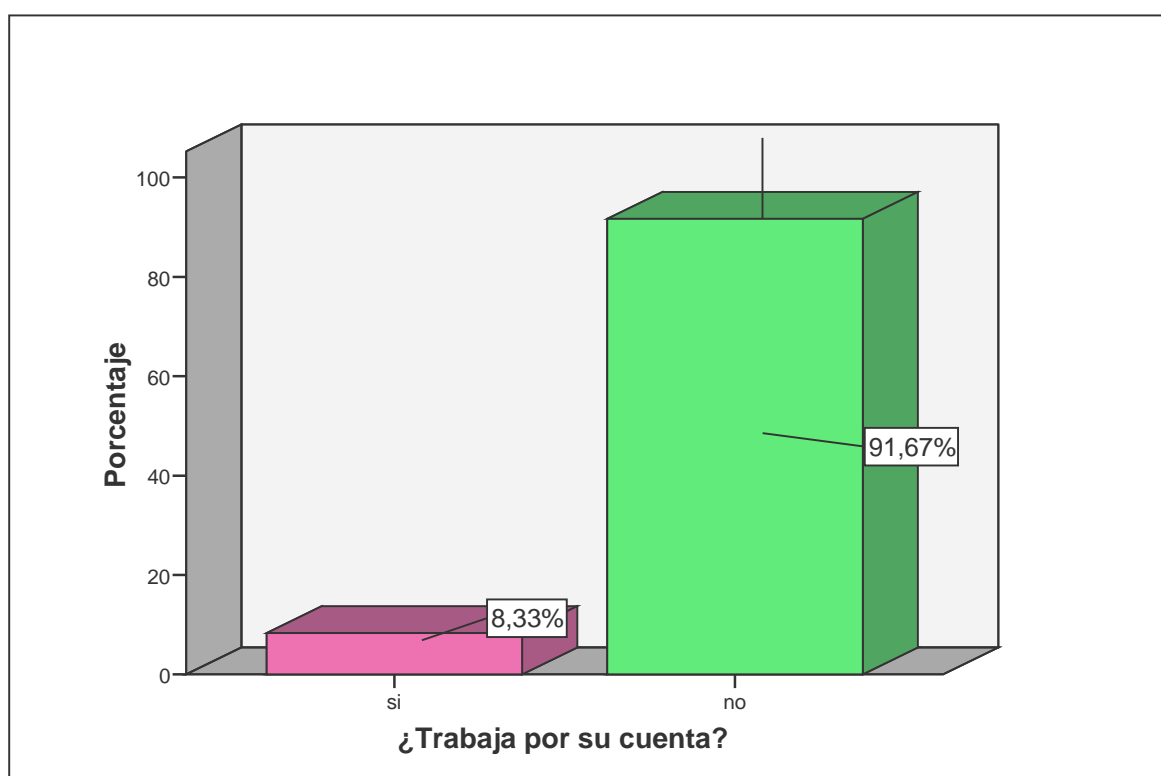
**¿Realiza trabajo voluntario?**



		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	2	4,2	4,2	4,2
	no	46	95,8	95,8	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

### ¿Trabaja por su cuenta?



Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

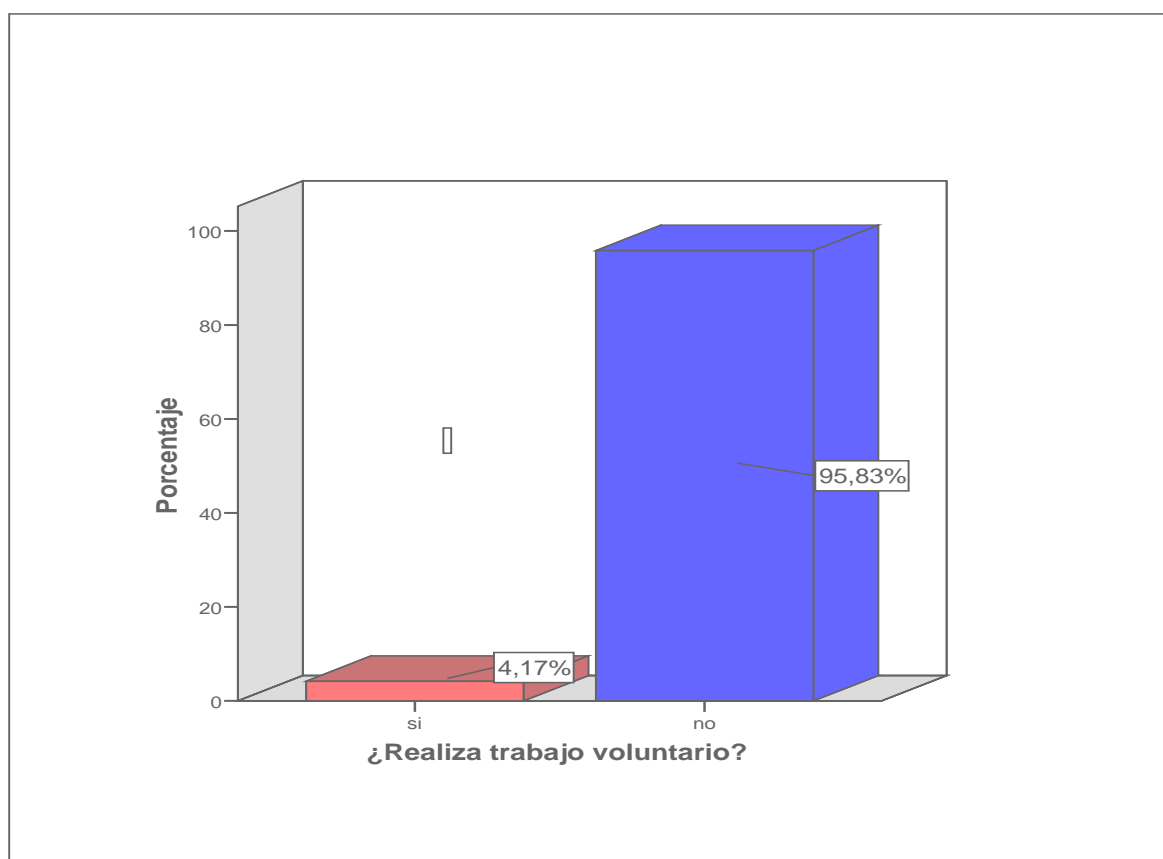
Se afirma lo dicho en la grafica anterior, puesto que en este grafico se puede ver que un 8.33% tienen un trabajo por su propia cuenta, es decir que realizan labores sin rendir cuentas a nadie en especial. Comparado con un 91.67% de las mujeres que no trabajan o no desempeñan esta función.

### ¿Realiza trabajo voluntario?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	2	4,2	4,2	4,2
	no	46	95,8	95,8	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

### ¿Realiza trabajo voluntario?



Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

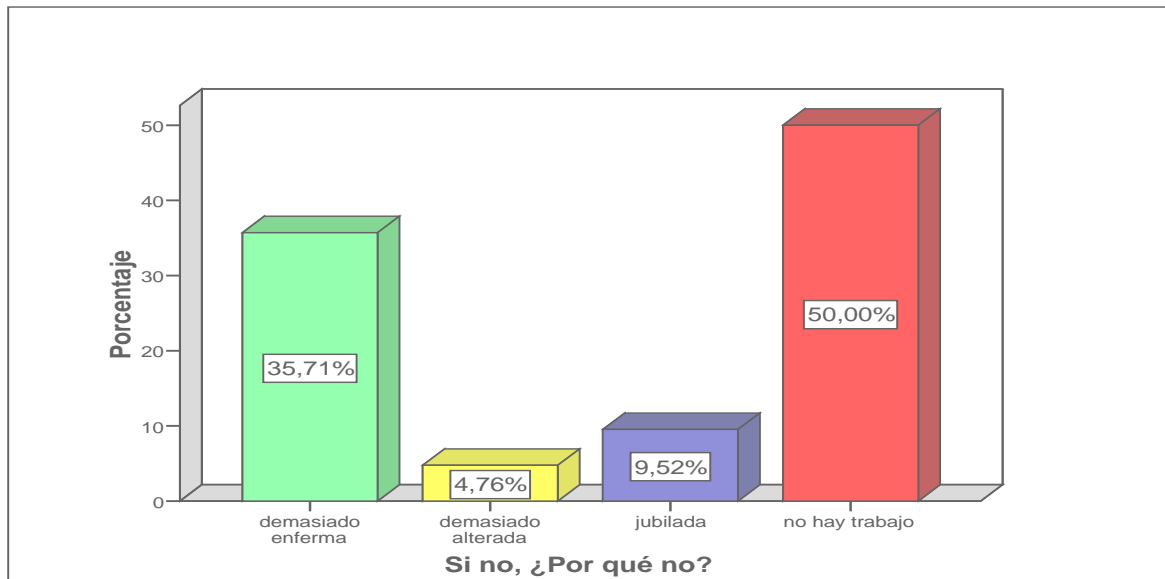
Finalmente se puede observar que un 4.17% realiza trabajos voluntarios contra el 95.83% del total de la población que no ejecutan ninguna actividad laboral específica.

**Si no, ¿Por qué no?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	demasiado enferma	15	31,3	35,7	35,7
	demasiado alterada	2	4,2	4,8	40,5
	jubilada	4	8,3	9,5	50,0
	no hay trabajo	21	43,8	50,0	100,0
	Total	42	87,5	100,0	
Perdidos	Sistema	6	12,5		
Total		48	100,0		

Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

**Si no, ¿Por qué no?**



Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

Luego de ver que la gran mayoría de las pacientes no tienen un trabajo, se hace la indagación del ¿Por qué?, o de cuales son las razones por las que no trabajan y los resultados han sido: En primer lugar; 50% del total de las mujeres que no trabajan, coinciden en que “no hay trabajo”, seguido de un grupo de 35.71% que se sentía “demasiado enferma” para poder trabajar, y en menor porcentaje, por estar jubiladas o demasiado alteradas.

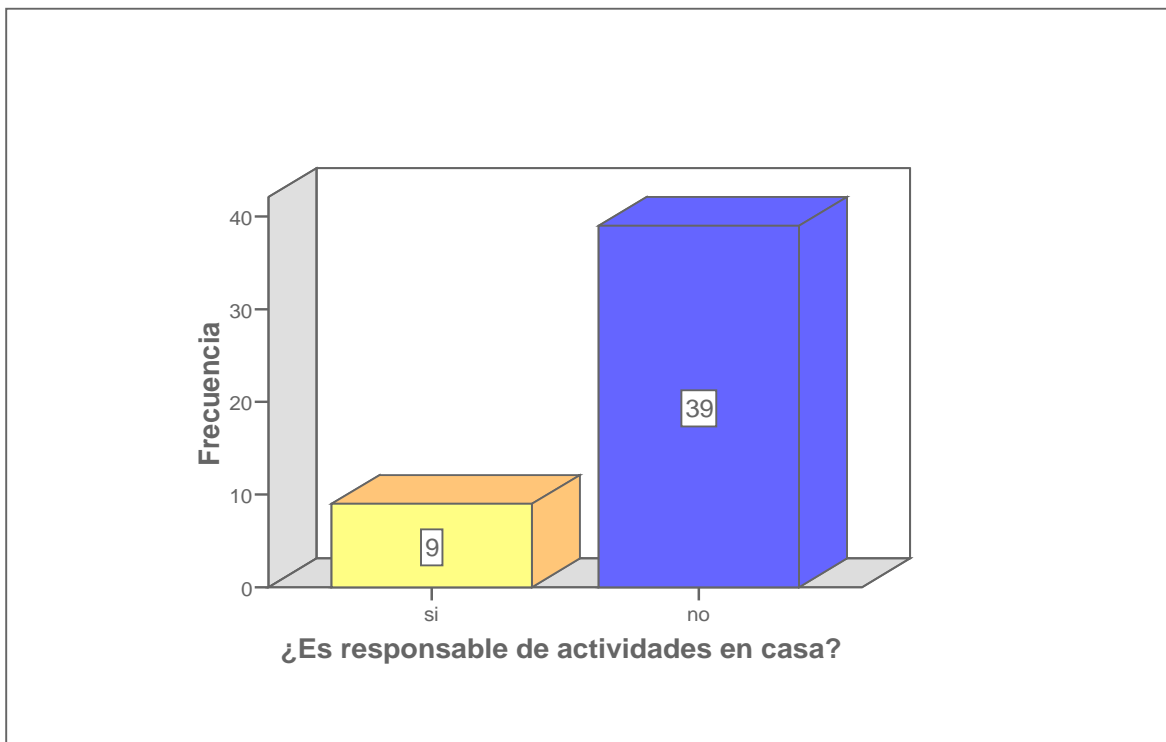
**Actividades en casa:**

**¿Es responsable de actividades en casa?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	9	18,4	18,8	18,8
	no	39	79,6	81,3	100,0
	Total	48	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,0		
Total		49	100,0		

Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

**¿Es responsable de actividades en casa?**



Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

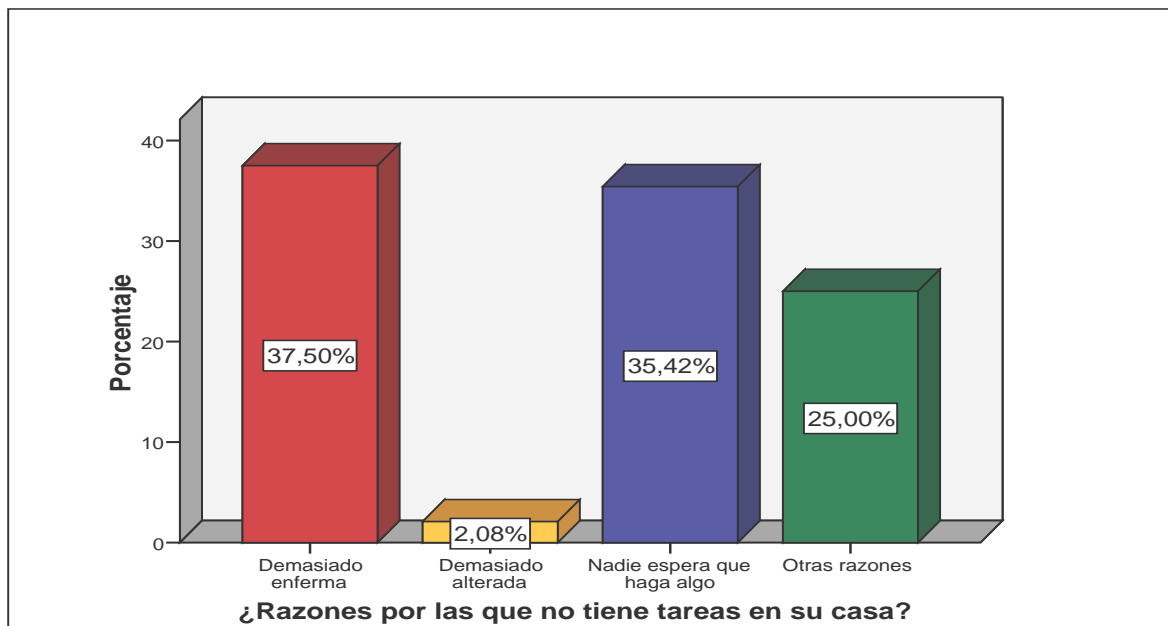
Podemos ver que al 81.25% es decir una frecuencia de 39 del total de las pacientes no tiene responsabilidades en su casa, comparada con una menor cantidad, equivalente al 18% que realizan tareas en sus hogares.

### ¿Razones por las que no tiene tareas en su casa?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Demasiado enferma	18	36,7	37,5	37,5
	Demasiado alterada	1	2,0	2,1	39,6
	Nadie espera que haga algo	17	34,7	35,4	75,0
	Otras razones	12	24,5	25,0	100,0
	Total	48	98,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	2,0		
Total		49	100,0		

Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

### ¿Razones por las que no tiene tareas en su casa?



Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

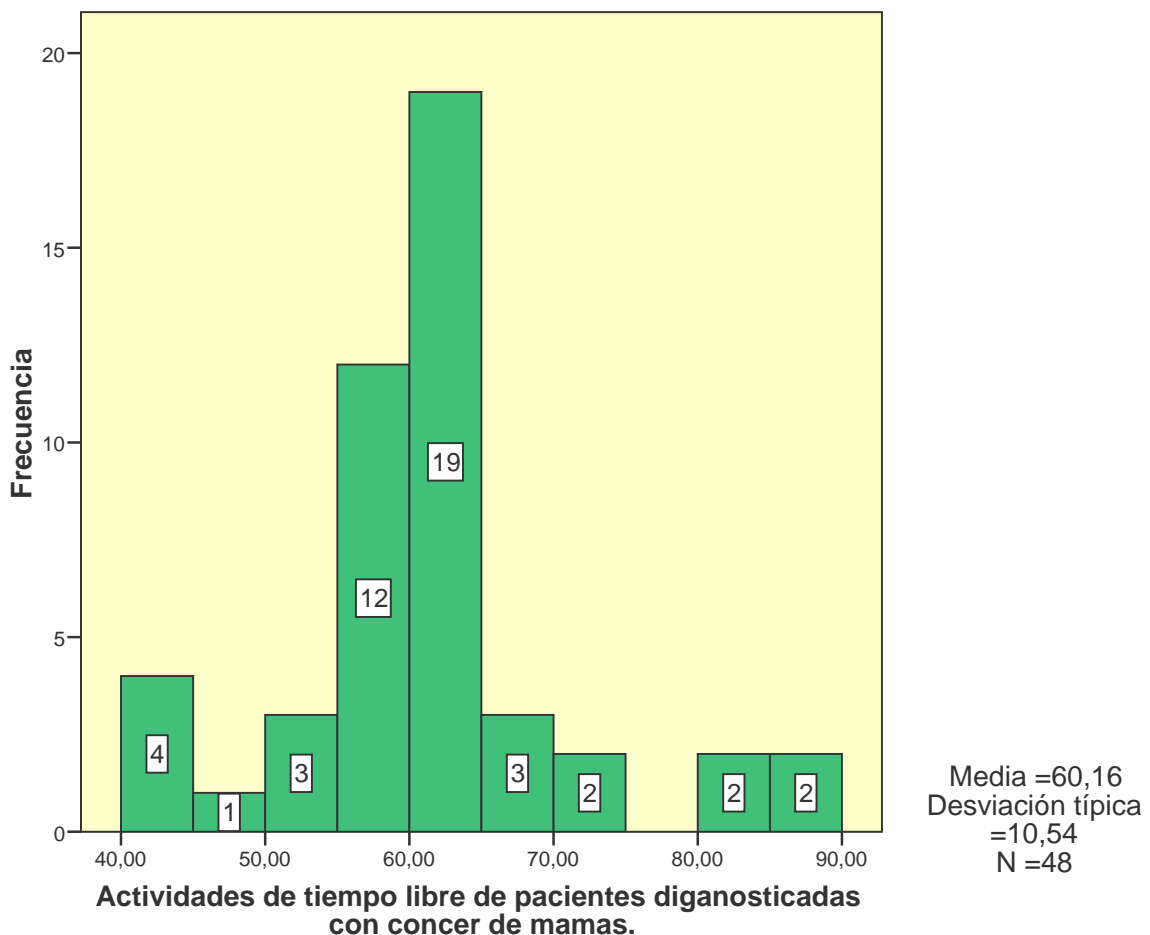
Al indagar sobre las razones por las que no trabajan, la información que se obtuvo fue que: el 37.50% del total de mujeres que no trabajan, asegura sentirse “muy enferma”, seguida muy de cerca por un 35.42% que dice que “nadie espera que haga algo”. Un grupo de mujeres equivalentes al 25% manifestó otras razones y una pequeña cantidad que aseguró sentirse “demasiado alterada.”

### Estadísticos

Actividad de tiempo libre de pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas.

<b>N</b>	<b>Válidos</b>	<b>48</b>
	<b>Perdidos</b>	<b>1</b>
<b>Media</b>		<b>60,1604</b>
<b>Mediana</b>		<b>60,0000</b>
<b>Moda</b>		<b>60,00</b>

Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q.



Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

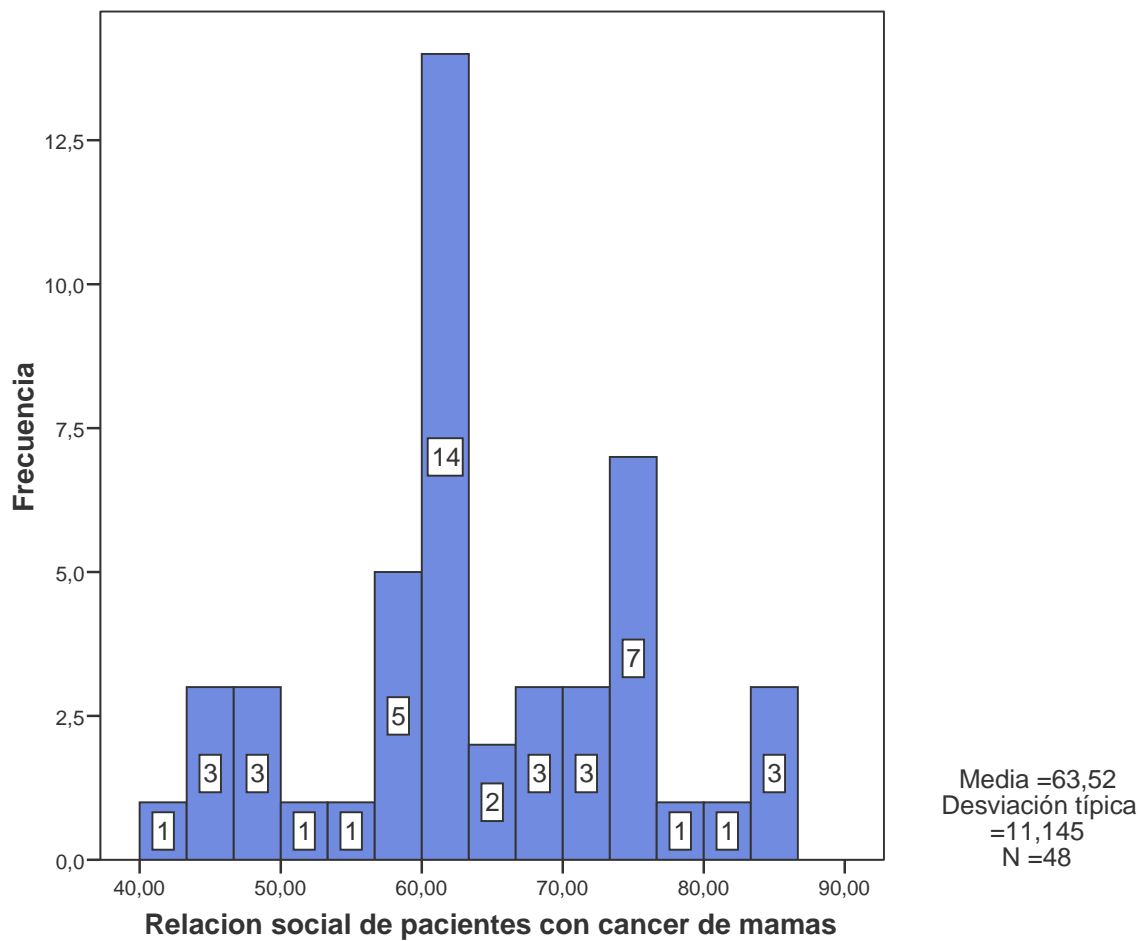
Visiblemente la mayor acumulación de porcentajes en el área del “tiempo libre” se presenta con una puntuación media del 60%, que brinda la prueba. Con una variación en relación a los resultado de áreas anteriores, pues hay mayor cantidad de pacientes que obtuvieron puntuaciones de 40%. Es decir extremos con bajas puntuaciones, lo que indica mayor dificultad en esta área.

### Estadísticos

Relación social de pacientes con cáncer de mamas.

N	Válidos	48
	Perdidos	1
Media		63,5188
Mediana		60,0000
Moda		60,00

Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q



Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

Las relaciones sociales que se manifiestan en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas que realizaron estas pruebas, presentan una gran similitud en sus promedios de puntuación. En este histograma se puede observar que entre 60 y 70% se encuentra la mayor ocurrencia de puntuaciones por parte de pacientes, no obstante la puntuación media obtenida en el área de relaciones sociales es de 63.52%.

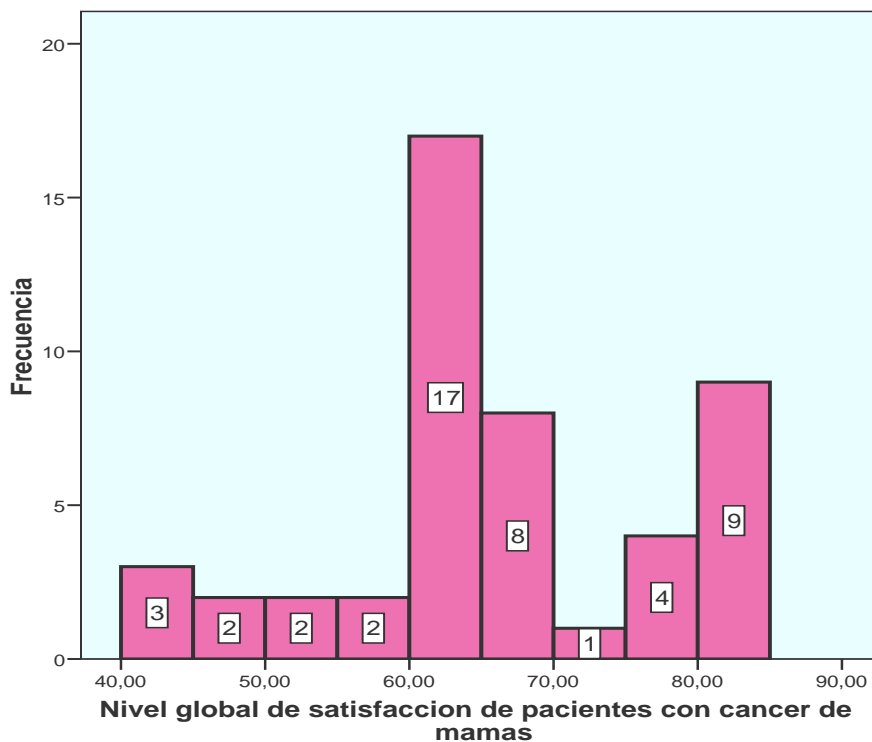
**Nivel global de satisfacción:**

## Estadísticos:

### Nivel global de satisfacción de pacientes con cáncer de mamas

N	Válidos	48
	Perdidos	1
Media		64,4542
Mediana		60,6000
Moda		60,00

Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q



Fuente: Cuestionario de calidad de vida satisfacción y placer Q-LES-Q

A nivel general, el grado de satisfacción de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mamas en el Hospital España de Chinandega, se sitúa, con un porcentaje promedio de 64.45%. Obteniendo la mayor puntuación entre los rangos de 60 a 70% de los valores establecidos por la prueba. Lo que determina según la prueba una escala regular.



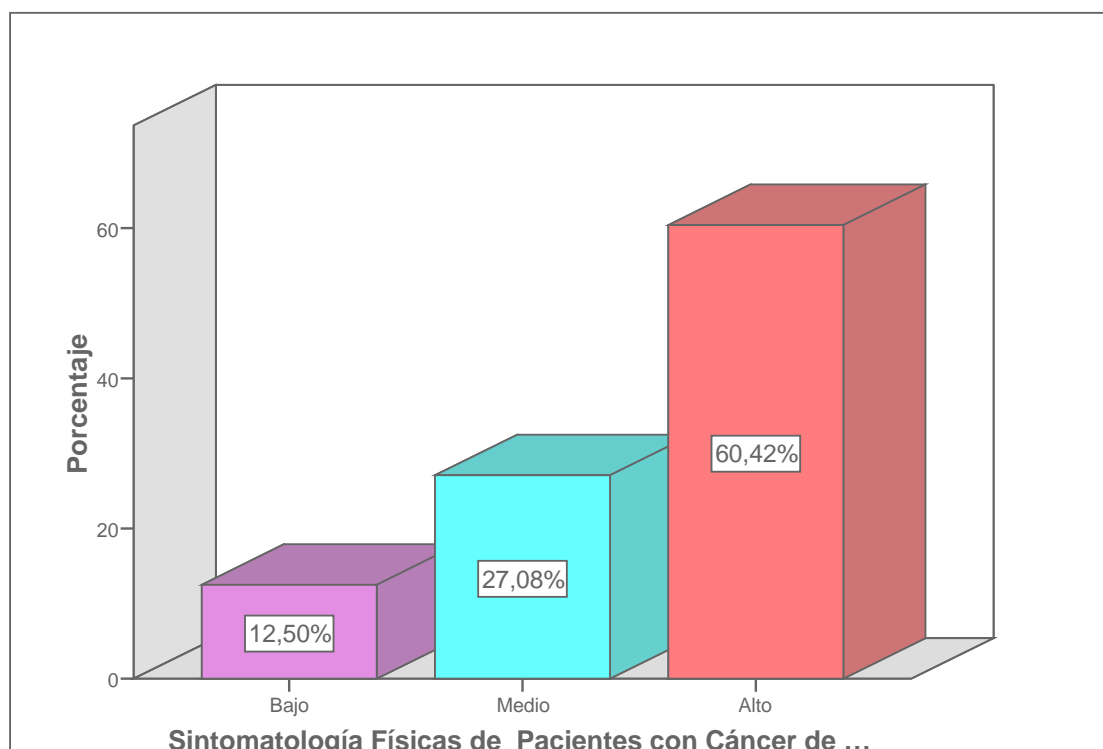
La segunda prueba aplicada fue el ISE; Inventario de sintomatología de estrés. Su aplicación ha generado los siguientes resultados.

### Sintomatología Físicas de Pacientes con Cáncer de Mamas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	6	12,5	12,5	12,5
	Medio	13	27,1	27,1	39,6
	Alto	29	60,4	60,4	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Fuente: ISE: cuestionario de sintomatología de estrés.

### Sintomatología Físicas de Pacientes con Cáncer de Mamas.



Fuente: ISE; inventario de sintomatología de estrés.

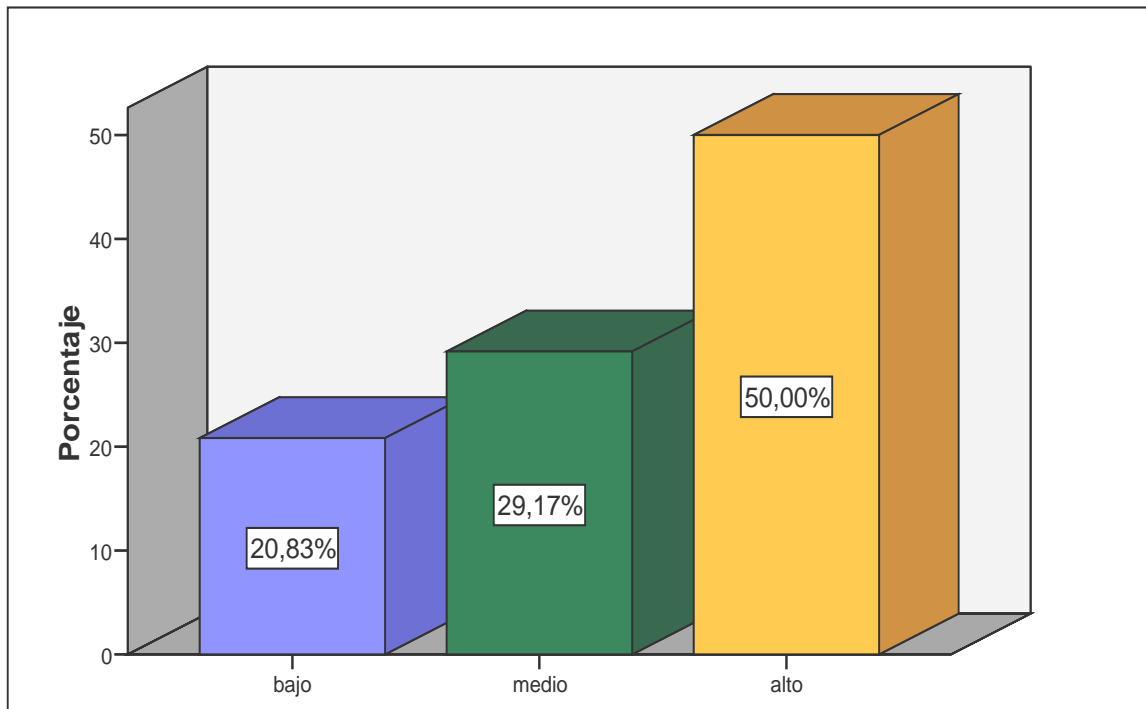
Los niveles de sintomatología física de estrés en el 60.42% de las mujeres que realizaron esta prueba es "alto", situación muy importante a tomar en cuenta en la recuperación de estas mujeres.

### Sintomatología Psicológica de Pacientes con Cáncer de Mamas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bajo	10	20,8	20,8	20,8
	medio	14	29,2	29,2	50,0
	alto	24	50,0	50,0	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Fuente: ISE: cuestionario de sintomatología de estrés.

### Sintomatología Psicológica de Pacientes con Cáncer de Mamas.



Fuente: ISE; Inventario de sintomatología de estrés.

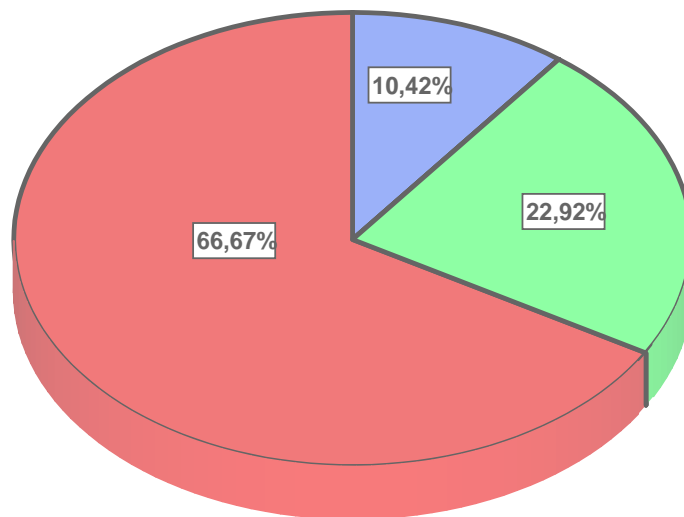
Los síntomas psicológicos de estrés, se manifiestan en gran medida. Pues el 50% de la población en estudio se obtuvo puntuaciones muy altas en esta área. Distribuyéndose así, el otro 50%: entre niveles de estrés, medio 29.17% y bajo, 20.83%.

### Sintomatología Social de Pacientes con Cáncer de Mamas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bajo	5	10,4	10,4	10,4
	medio	11	22,9	22,9	33,3
	alto	32	66,7	66,7	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Fuente: ISE: cuestionario de sintomatología de estrés.

Sintomatología Social de Pacientes con Cáncer de Mamas.  
■ bajo      ■ medio      ■ alto



Fuente: ISE; Inventario de sintomatología de estrés

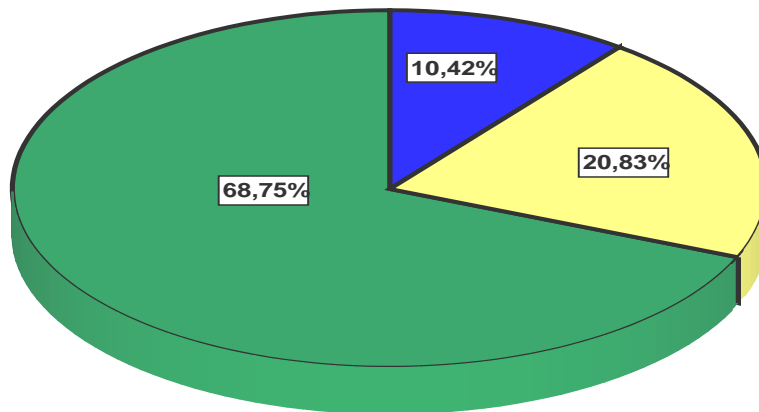
Existen altos niveles de estrés en el área social de las mujeres con cáncer de mama. Esto se ve reflejado con el 66.67% del total de la población, que refleja el nivel más alto de esta escala, seguido por el nivel medio 22.92% y el grado más bajo con 10.42%.

### Sintomatología Global de Pacientes con Cáncer de Mamas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bajo	5	10,4	10,4	10,4
	medio	10	20,8	20,8	31,3
	alto	33	68,8	68,8	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Fuente: ISE; Inventario de sintomatología de estrés.

Sintomatología Global de Pacientes con Cáncer de Mamas.  
■ bajo      ■ medio      ■ alto



Fuente: ISE; Inventario de sintomatología de estrés.

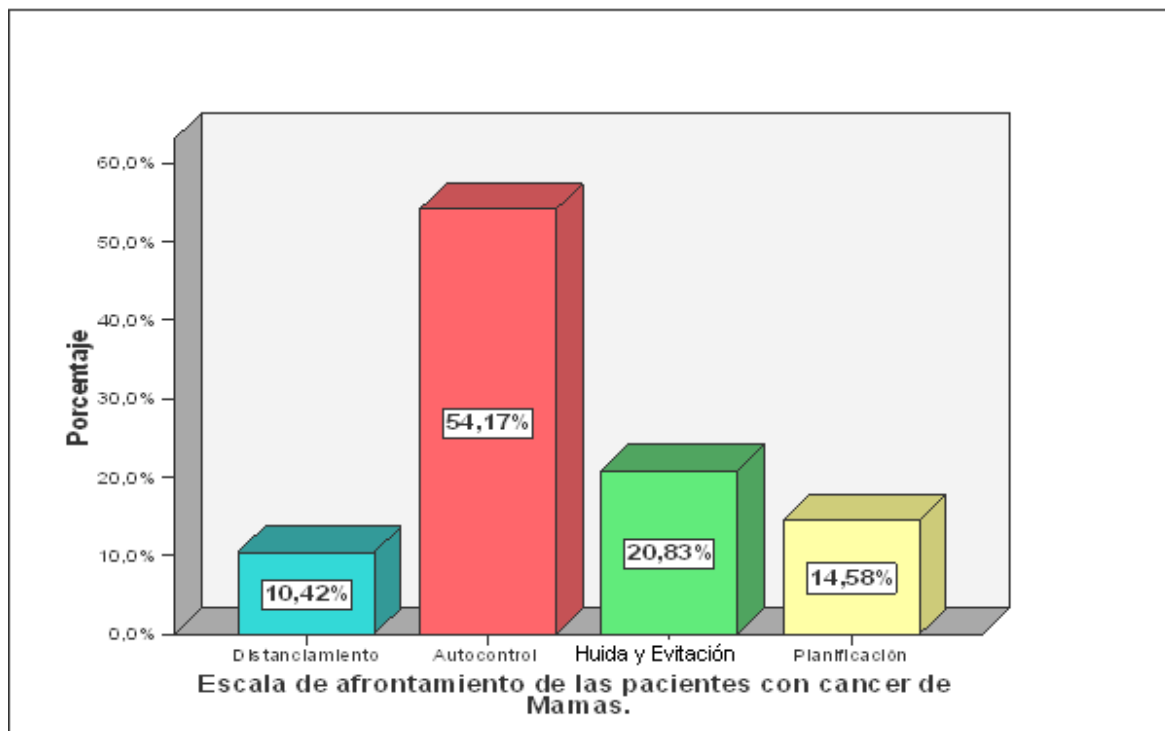
Finalmente el nivel global de la sintomatología de estrés nos demuestra que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mamas en el Hospital España de Chinandega, presenta altos niveles de estrés globalmente, en el diagrama de pastel se observa que el 68.75% del total de la población, se situó en este grado, un 20.83% en un nivel medio y por último con el 10.42% el nivel mas bajo de esta escala.

Finalmente la última prueba aplicada fue: ESCALA DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS

**Estilos de afrontamiento de mujeres con cáncer de mama.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos distanciamiento	5	10,4	10,4	10,4
Auto-control	26	54,2	54,2	64,6
Huida-evitación	10	20,8	20,8	85,4
Planificación	7	14,6	14,6	100,0
Total	48	100,0	100,0	

*Fuente: Escala de afrontamiento de Lazarus.*



*Fuente: Escala de afrontamiento de Lazarus.*

De las escalas de afrontamiento que esta prueba presenta, los que mayor frecuencia de ocurrencia tuvieron, fueron: EL AUTOCONTROL; con un 54.17% de la población identificada con este estilo y en menor grado pero el segundo en predominio fue; la Huida- evitación, con el 20.83%, un 14.58% se identifica con la Planificación y finalmente, el 10.42% utiliza el Distanciamiento como mecanismo de afrontamiento.

**Discusión de los resultados:**

Mediante el análisis de cada prueba, los resultados que se manifiestan nos han llevado a interpretarlos de la siguiente manera:

**Principales datos sociodemográficos:**

La mayor cantidad de mujeres afectadas tienen procedencias rurales, lo que podría ser considerado un factor común en la gran mayoría de países afectados, ya que los sectores más pobres, tienden a ser más vulnerables. No obstante, ningún factor sociodemográfico es causante de cáncer de mama, pero si existe relación entre factores como: bajos niveles de educación, lugar de procedencia. Etc. Por los cuales las personas pierden oportunidades de encontrar herramientas para la prevención de enfermedades como el cáncer de mama.

Las edades que predominan en las mujeres con cáncer de mama en Chinandega son: de 60 a 70 años, (dato que concuerda con estudios internacionales), teniendo en segundo lugar edades entre 30 y 40 años. La edad es un factor influyente tanto en la percepción subjetiva de la calidad de vida, estrés y estilos de afrontamiento.

Un estudio de calidad de vida con mujeres cubanas, demostró que la edad juega un papel fundamental en la adaptación a la enfermedad, presentando mayor impacto psicológico en mujeres menores de 50 años. (1).

**Resultados del Cuestionario de calidad de vida, satisfacción y placer, Q-LES-Q.**

Para analizar estos resultados se hace necesario compararlos con valores ya establecidos en nuestro país. Al no encontrar suficientes fundamentos en Nicaragua, hemos decidido relacionarlos con datos de otros países, aunque las condiciones de esos países, sean diferentes a las nuestras.

Los niveles de satisfacción física en pacientes con cáncer de mama de Chinandega corresponden entre el 60 y 70%, lo que representa un nivel de satisfacción inferior con respecto a la satisfacción física, reportada por un estudio con pacientes cubanas. (1).

El grado de percepción subjetiva del estado de ánimo refleja puntuaciones similares, con estudios como el de "calidad de vida en mujeres Cubanas con cáncer de mamas". Donde, según este estudio, las puntuaciones se encuentran por debajo de los límites recomendables para un buen pronóstico de satisfacción en el área emocional.

Un aspecto de indiscutible relación con la superación del estado emocional, es la actividad. Aspecto que es verificado por el cuestionario de Calidad de Vida, Satisfacción y Placer, en las áreas de "Trabajo", "Tareas del Hogar" y "Actividades de tiempo libre", las que se ven seriamente afectadas en la gran mayoría de las pacientes que participaron en este estudio.

Más del 90% de esta población no ejerce ningún tipo de trabajo fuera de su casa, teniendo como principal motivo; la percepción de que "No hay trabajo", aseveración que presentó el 50% de la población, teniendo en segunda posición; el "Estar muy enferma", con el 35.71% de las mujeres que no trabajan, de igual forma el 81.3% de estas mujeres, no realiza tareas en su hogar, aduciendo nuevamente estar "demasiado enfermas". El 37.5% lo asegura, y un 35.42%; responde que "Nadie espera que Hagan algo".

De igual manera se presenta el área de "tiempo libre", en la que se presenta una puntuación promedio del 60%, además de un aumento en la frecuencia de puntuaciones de 40%, lo que nos indica, un área con muchas dificultades para las pacientes de este estudio. Ahora bien, los datos teóricos indican, que existe relación entre las actividades y el bienestar subjetivo, si tomamos en cuenta que el bienestar subjetivo está relacionado con la satisfacción que un individuo tiene con la vida y la satisfacción de las personas con su vida es un aspecto de la calidad de vida (15).

Las pacientes con cáncer de mamas de Chinandega presentan grandes dificultades en cuanto a las actividades desempeñadas hasta el momento de la aplicación de esta prueba, por lo que el nivel de calidad de vida se verá afectada por estos aspectos.

Finalmente el grado de satisfacción global nos indica que; entre el 60 y 70%, fue la puntuación que encabezó las frecuencias de apariciones. Teniendo en cuenta la comparación que hacemos con los resultados obtenidos de datos normativos con: Mujeres Danesas con edad entre 20 y 79 años, Noruegas con edad promedio de 51 años: El nivel de satisfacción global manifiesta similitudes con estas puntuaciones, aunque (1).

Esto se expresa de la siguiente manera: Las puntuaciones obtenidas por “mujeres con cáncer de Mama, de Chinandega”, presentaron puntuaciones entre 60 y 70% mientras que las puntuaciones del estudio referido se manifiestan entre 71 y 75%. Con respecto al la satisfacción global en la calidad de vida.

**La segunda prueba aplica ha sido: ISE, cuestionario de sintomatología de estrés.**

Los niveles de sintomatología de estrés corresponden con afirmaciones que se presentan en una gran cantidad de estudios, en los cuales se manifiesta que las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mamas suelen presentar altos niveles de estrés, puesto que tienen que convivir con la idea de que son sobrevivientes de esta enfermedad. (2,3). Los resultados de este estudio muestran que el nivel de sintomatología Física es “alto,” el 60.42% de las participantes en el estudio lo padecen, seguido del 27.1 que padecen nivel “medio” y una pequeña parte que presentan “bajo” nivel de estrés; 12.5%.

Se presenta en todas las áreas exploradas por el ISE, un alto grado de sintomatología de estrés, en la “Sintomatología psicológica” el mayor nivel se representa con el 50% de la población, en “la sintomatología Social”, el máximo nivel se ve representado por el 66.67% de la población y finalmente, La sintomatología “Global”, se manifiesta con el 68.75% de las pacientes de este estudio.



Este fenómeno es indicador de que las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, necesita un nuevo y mejor tipo de tratamiento, es decir un tratamiento a nivel, Orgánico y psicológico.

Los últimos resultados que aquí se tratan de analizar son los estilos de Afrontamiento que presentan las mujeres con cáncer de mama en Chinandega.

El estilo de afrontamiento ha sido uno de los aspectos mas estudiados en mujeres con cáncer de mama

Los datos de nuestro estudio sugieren que; de las ocho sub-escalas presentes en le cuestionario de: "Escalas de afrontamiento de Lazarus", la que mas ha sido utilizada es "el autocontrol"; el cual se manifiesta con el 54.17%, seguido de el mecanismo de "Huida y Evitación," este lo ha utilizado el 20.83% de las pacientes, el 14.58% desarrolló la "Planificación" y un 10.42% manifestó "distanciamiento."

Las investigaciones cuyo principal objetivo ha sido detectar un patrón o perfil premórbido de personalidad relacionado con el cáncer (Patrón de Personalidad Tipo C), tienden a describir a las pacientes con neoplasias como personas con alto control emocional, fundamentalmente de las emociones negativas (ira, ansiedad y tristeza), cooperadoras y con tendencia al auto sacrificio y a evitar los conflictos con tal de mantener relaciones armoniosas con las personas de su entorno. (2)

Por tanto los resultados de la aplicación de esta prueba sugieren la relación entre la investigación aquí citada y nuestro estudio.

## **Conclusión:**

Luego de presentar los resultados de la aplicación de nuestros instrumentos podemos concluir lo siguiente:

Las características sociodemográficas, sobresalientes en las participantes, encontramos que la edad promedio que fueron diagnosticadas es de 60 años, la procedencia es rural en mayor proporción, aunque una parte es de origen urbano.

La fusión de estos factores nos permiten sostener que; en general las víctimas de esta enfermedad corresponden socialmente hablando, al sector más desprotegido de nuestro país.

La calidad de vida de las participantes en este estudio presenta un nivel medio. Similar a la de otros grupos en estudio, confirmando así, que la enfermedad es un factor influyente en la vida de estas personas.

Referente a la sintomatología de estrés, se concluye que las mujeres con cáncer de mamas de Chinandega, padecen de niveles altos de sintomatología de estrés, teniendo en segunda posición el nivel medio de sintomatología de estrés.

El estilo de afrontamiento que usan las mujeres es el "Autocontrol". En primer lugar y el mecanismo de Huida y evitación como segunda forma de afrontar la enfermedad.

## Recomendaciones:

### Al Minsa:

- 1) Que por medio de los centros de salud se impartan charlas, a toda la población, tanto en las zonas rurales, como urbanas, sobre la prevención y consecuencias de esta enfermedad.
- 2) Que se les brinde a las pacientes con esta enfermedad, un tratamiento a nivel físico, como psicológico.
  - La ejecución de esta recomendación, será cumplida, presentando los resultados de este estudio, a los responsables del hospital España de Chinandega, estos a su vez, establecerán los contactos correspondientes por ejemplo: (autoridades del Minsa). para la debida realización.  
*(Es una obligación ética y profesional de las autoridades correspondientes, el cumplimiento de estas recomendaciones, ya que se trata del beneficio directo de seres humanos).*

### A UNAN-León:

- 1) Que los responsables de esta universidad, en compañía del MINSA, retomen el tema y se realice una investigación mas profunda a nivel nacional.
- 2) Que se promueva la importancia de prevenir los efectos de esta enfermedad, mediante el apoyo de estudiantes, en actividades de formación social humanitaria.
  - Para esto es necesario que, en el establecimiento de acuerdos entre las autoridades de UNAN-León y Minsa, apoyados por estudiantes de carreras con perfil humanista. Se incluya el tema “Prevención y abordaje de mujeres con cáncer mamario”.

### **A PACIENTES Y FAMILIARES:**

- 1) Que los miembros de la familia brinden mayor apoyo emocional a las participantes en este estudio, no tacharlas como “enfermas,” y acepten que tiene una dificultad, en la que todos pueden ayudarle.
  
- 2) Que las pacientes realicen ejercicios físicos suaves, o actividades físicas distractoras, (*tareas del hogar, sin grandes responsabilidades*).
  
- 3) Que las víctimas de la enfermedad, busque a algún miembro de la familia a quien la pueda expresar todo lo que siente que la molesta. (*libere estrés, comunicando sus preocupaciones.*)
  - Para esto, entregaremos una copia de los resultados, conclusiones y recomendaciones, a las víctimas de esta enfermedad que participaron en nuestra investigación.
  - Durante este proceso se debe explicar el documento al grupo tanto de mujeres que participaron en el estudio, como familiares. A través de una reunión con ellos, la cual será coordinada con autoridades del Hospital España del departamento de Chinandega.

## VIII. BIBLIOGRAFIA.

1. Gonzales U. el concepto de calidad de vida y la evaluación de los paradigmas de las ciencias de la salud. Rev. Cubana Salud pública. 28(2); 2002.
2. Urquidi L, Montiel M, Gálvez M. ajuste psicosocial y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Revista Sonorense de Psicología. 1999 junio, vol. 1, 30-36.
3. Cáncer de mamas factores de riesgo- Información acerca de los factores de riesgo, diagnóstico, autoexamen y mamografías.  
[www.mamografia.com/cancermama.html](http://www.mamografia.com/cancermama.html) - 6k - En caché - Páginas similares visitada el 23 de febrero del 2009.
4. Todo sobre el cáncer de mamas El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido. La mama está formada por una serie de glándulas mamarias,...  
[www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama.html](http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama.html) - 14k - visitada el 17 de febrero del 2009.
5. Cáncer de mamas wiki pedía- la enciclopedia libre - El cáncer de mama es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o ...  
[es.wikipedia.org/wiki/Cáncer\\_de\\_mama](http://es.wikipedia.org/wiki/Cáncer_de_mama) - 37k - En caché - Páginas similares visitada el 23 de febrero del 2009.
6. Aumentan los casos de cáncer de mamas- El Nuevo Diario- Managua 26 May 2007...  
El cáncer de mama es la segunda causa de consultas entre las mujeres nicaragüenses, prueba de ello son las estadísticas del Hospital Bertha...impreso.

elnuevodiario.com.ni/2007/05/26/contactoend/49712 - 23k – visitada el 20 de febrero del 2009.

7. Cella DF, Tulsky DS, Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncol.* 4:29-38; 1990. traducción a español.
8. Ministerio de salud Hospital Berta Calderón Roque. Monografía para optar al título de ginecoobstetricia “sobre vida de pacientes con diagnóstico de cáncer de mamas Hospital Berta Calderón Roque, 1998-2003”.
9. Cirugía Española: Texto completo: Cáncer de mamas y mastectomía.....de cara a disminuir las repercusiones psicológicas que derivan de una mastectomía. ... los grandes problemas emocionales que sufren las pacientes...db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltex? pident=15264-83k. visitada el 1 de marzo del 2009.
10. Derogatis, L. (1986). The Psychosocial Adjustment to Illness Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 77-91. Versión traducida.
11. Resultados de noticias que contienen cáncer de mamas. Buscan disminuir casos de cáncer de mama con estudios...Para disminuir los casos de cáncer de mama, investigadores de la delegación del IMSS iniciarán en marzo próximo un proceso de captación y selección de... visitada el 27 de febrero del 2009.

12. Dmedicina: Cáncer de mama Qué es el cáncer de mama? Síntomas, causas, tratamientos. Los tejidos mamarios están conectados con un grupo de ganglios linfáticos, localizados en la axila...

[www.dmedicina.com/salud/cancer/cancer-mama.html](http://www.dmedicina.com/salud/cancer/cancer-mama.html) - 42k - En caché - Páginas similares. Visitada el 27 de febrero del 2009. Visitada el 27 de febrero del 2009.

13. UNFPA en Nicaragua. antecedentes de cáncer mamario aumenta el riesgo 8,9 veces. ...En Nicaragua el cáncer de mamas constituye la segunda causa de muerte entre las...  
[www.unfpa.org.ni/cancer\\_de\\_mamas.htm](http://www.unfpa.org.ni/cancer_de_mamas.htm) - 32k - En cache-paginas similares. Visitada el 20 de marzo del 2009.

14. Estudio de tumor maligno de mamas. Reporte anual 2008. Enero- Diciembre. Según municipio de procedimiento. Hospital España Chinandega – Nicaragua.

15. Ruiz. M, Garde. S, Ascunse. N, Del Moral. A. Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Ciudad Universitaria s/n 28040 Madrid. 2: 6-20; 2002

# ANEXOS



## **Consentimiento informado:**

### **Tema:**

Calidad de vida, estrés y estilos de afrontamiento, en pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas, entre las edades de 30 a 80 años, en el hospital España, del departamento de Chinandega, en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2009.

### **La presente investigación es conducida por:**

Amelia Judith Fuentes Flores y César Rikardo Lacayo Martínez. De la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. UNAN-LEÓN.

### **El objetivo de este estudio es:**

Indagar la calidad de vida, sintomatología de estrés y formas de afrontamiento de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mamas entre las edades de 30 a 80 años en el Hospital España del departamento de Chinandega en el periodo comprendido de enero a septiembre del año 2009.

Si usted accede a participar en este estudio se pedirá responder una serie de preguntas establecidas en las pruebas psicológicas, tales como: Cuestionario sobre Calidad de vida satisfacción y placer, ISE, inventario de sintomatología de estrés, Escalas de afrontamiento de Lazarus.

Su participación es estrictamente voluntaria, se garantiza la confidencialidad de la información que nos brinde, utilizando los resultados obtenidos únicamente para fines de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer las preguntas que desee en cualquier momento, si alguna pregunta del cuestionario le parece incomoda, puede no contestarla o hacerlo saber al investigador.



Acepto participar voluntariamente en esta investigación, en la cual se me ha informado el objetivo de este estudio. Además me han indicado que tengo que responder una serie de cuestionarios en donde se me garantiza la confidencialidad. Que puedo retirarme en el momento que yo quiera, que no se utilizaran los resultados de este estudio para otros fines que no sean los ya establecidos sin mi consentimiento.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido, para esto puedo contactar a: Amelia Judith Fuentes Flores y César Rikardo Lacayo Martínez. A los teléfonos 89078255 o 84098323.

Nombre del participante.

Firma del participante.

Fecha.

**CUESTIONARIO SOBRE  
CALIDAD DE VIDA,  
SASTIFACCION Y  
PLACER.**

Estimada señora somos egresados de la carrera de psicología de la UNAN León, estamos realizando un estudio acerca de la calidad de vida, niveles de estrés y estilos de afrontamiento, que presentan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mamas, en el hospital España de la ciudad de Chinandega. De antemano agradecemos su grandiosa colaboración y le garantizamos que las respuestas de estas pruebas son confidenciales y sus resultados serán meramente científicos.

### Datos sociodemográficos

Edad: \_\_\_\_\_ Origen: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Nivel académico: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA, SASTIFACCION Y PLACER.** Se ha creado este cuestionario para ayudar a evaluar el grado de satisfacción y placer experimentados durante la semana pasada.

### ESTADO DE SALUD FISICA, ACTIVIDADES.

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	siempre
Se sintió sin dolores ni molestias.					
Se sintió descansada.					
Se sintió con energía.					
Se sintió en un excelente estado de salud física.					
Se sintió por lo menos un estado de salud física muy bueno.					
No se preocupo de su estado de salud física					
Sintió que durmió lo suficiente.					
Se sintió suficientemente activa.					
Sintió que tenía una buena coordinación en sus movimientos.					
Sintió que su memoria funcionaba bien.					

Se sintió bien físicamente.					
Se sintió lleno de energía y vitalidad.					
No experimento problemas visuales.					

**ESTADO DE ÁNIMO  
DURANTE LA SEMANA PASADA.**

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Siempre.
Con la mente despejada.					
Satisfecha con la vida.					
A gusto con su apetito físico.					
Alegre o animada.					
Independiente.					
Contenta.					
Capaz de comunicarse con otras personas.					
Interesada en cuidar su aspecto físico.					
Capaz de tomar decisiones.					
Relajada.					
A gusto con su vida.					
Capaz de desplazarse, si fuera necesario, para realizar sus actividades.					
Capaz de hacer frente a los problemas de la vida.					
Capaz de cuidar de sí mismo.					

## TRABAJO

Tiene trabajo: si \_\_\_\_\_ trabaja por su cuenta: si \_\_\_\_\_ realiza trabajo voluntario: si \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si responde no a las tres preguntas anote su razón y pase a la página 4.

SI NO, PORQUE NO:

Demasiada enferma físicamente. \_\_\_\_\_

Demasiada alterada emocionalmente. \_\_\_\_\_

Jubilada. \_\_\_\_\_

Otra razón: \_\_\_\_\_

Escriba la razón.

Si respondió si a alguna de las tres preguntas, complete esta sesión. Durante la semana pasada con qué frecuencia...

	Nunca.	Casi nunca.	A veces.	A menudo o la mayor parte del tiempo.	Muy a menudo o siempre.
Se sintió a gusto en su trabajo.					
Resolvió problemas en su trabajo o los manejo sin demasiada tensión.					
Pensó con claridad en el trabajo.					
Se mostro dedicada en el trabajo. O tomo decisiones cuando fue necesario.					
Logro lo que se propuso.					
Se sintió satisfecha con los logros conseguidos en el trabajo.					
Trabajo bien.					

Se sintió interesada por el trabajo.					
Se concentro en el trabajo.					
Trabajo cuidadosamente.					
Realizo el trabajo a como era de esperar.					
Se ocupo del trabajo usted misma, cuando fue necesario.					
Se comunico e intercambio opiniones con facilidad con otras compañeras de trabajo.					

### **LAS ACTIVIDADES DE LA CASA**

Es usted responsable de algunas tareas de la casa: limpieza, compras, lavar platos, comprar o preparar comidas. Para usted misma o para otras personas.

Si\_\_\_ no\_\_\_

Si responde que no anote la razón y pase a la página 5.

Si\_\_\_ No\_\_\_ porque no\_\_\_\_\_

Demasiada enferma físicamente.\_\_\_\_\_

Demasiada alterada emocionalmente.\_\_\_\_\_

Jubilada.\_\_\_\_\_

Otra razón: \_\_\_\_\_

Escriba la razón.

Si responde que si complete esta sesión.

	Nunca.	Casi nunca.	A veces.	A menudo o la mayor parte del tiempo.	Muy a menudo o siempre.
Quedo satisfecha con la manera en que limpio su habitación, apartamento, casa.					
Quedo satisfecha con la manera en que pago las facturas, e hizo sus operaciones bancarias.					
Quedo satisfecha con la manera en que compro la comida u otros artículos para la casa.					
Quedo satisfecha con la manera en que preparo la comida.					
Quedo satisfecha con la manera en que se ocupo de limpiar la casa y lavar la ropa.					
Quedo satisfecha con las tareas domesticas que realizo.					
Se concentro y pensó claramente en las tareas domesticas que tenía que realizar.					
Resolvió los problemas de la casa o los manejo sin demasiada atención.					
Fue firme o tomo decisiones, cuando fue necesario, respecto a las tareas de la casa.					
Hizo arreglos o se encargo del mantenimiento de la casa cuando fue necesario.					



### TAREAS DE CURSO/ DE CLASE

Durante la semana pasada. Siguió algún curso, fue a clase, o participo en algún tipo de curso o clase en algún centro. No\_\_ Si\_\_

Si responde que no, anote la razón y pase a la pagina 6.

Si\_\_ No\_\_ porque no\_\_\_\_\_ Demasiada enferma físicamente.\_\_

Demasiada alterada emocionalmente.

Jubilada.\_\_\_\_\_

Otra razón: \_\_\_\_\_

Si responde que si complete esta sesión.

	Nunca.	Casi nunca.	A veces.	A menudo o la mayor parte del tiempo.	Muy a menudo o siempre.
Disfruto con las tareas del curso.					
Deseo empezar las tareas del curso.					
Desarrollo las tareas del curso sin demasiada tensión.					
Pensó con claridad sobre las tareas del curso.					
Se mostro decidido con las tareas del curso cuando fue necesario.					
Se sintió satisfecha con los logros conseguidos en el trabajo del curso.					
Se intereso en las tareas del curso.					
Se concentro en las tareas del curso.					
Se sintió bien mientras hacia las tareas del curso.					
Se comunico e intercambio con facilidad con los compañeros del curso.					

--	--	--	--	--	--

### ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE.

Las preguntas siguientes se refieren a las actividades de tiempo libre durante la semana pasada, como ver la tv, leer el periódico o revistas, ocuparse de las plantas de la casa o del jardín, pasatiempo, ir a museos o al cine o a actos deportivos, etc.

	Nunca.	Casi nunca.	A veces.	A menudo o la mayor parte del tiempo.	Muy a menudo o siempre.
Cuando tuvo tiempo, con qué frecuencia lo utilizo para actividades de tiempo libre.					
Con que frecuencia disfruto de las actividades de tiempo libre.					
Con que frecuencia deseo realizar las actividades de tiempo libre antes de poder disfrutar de ellas.					
Con que frecuencia deseo se concentro en las actividades de tiempo libre y les prestó atención.					
Si surgió algún problema durante la actividad de tiempo libre, con qué frecuencia lo soluciono o lo manejo sin demasiada tensión.					
Con que frecuencia consiguieron mantener su interés las actividades de tiempo libre.					

### RELACIONES SOCIALES

	Nunca.	Casi nunca.	A veces.	A menudo o la mayor parte del tiempo.	Muy a menudo o siempre.
Se divirtió conversando o estando con amigos o familiares.					
Deseo reunirse con amigos o familiares.					

Hizo planes con amigos o familiares para futuras actividades.					
Disfruto conversando con compañeras de trabajo o vecinos.					
Se mostro paciente cuando otras personas le irritaron con sus acciones o con sus palabras.					
Se intereso por los problemas de otras personas.					
Sintió cariño por una o más personas.					
Se llevo bien con otras personas.					
Bromeo o se rio con otras personas.					
Sintió que ayudo a amigos o familiares.					
Sintió que no había problemas ni conflictos importantes en su relación con amigos o familiares.					

### ACTIVIDADES GENERALES

Nivel global de satisfacción. Durante la semana pasada en cuanto a...

	Muy malo.	Malo.	Regular.	Bueno.	Muy bueno.
Su estado de salud física.					
Su estado de ánimo.					
Su trabajo.					
Las tareas de la casa.					
Sus relaciones sociales.					
Sus relaciones familiares.					
Sus actividades de tiempo libre.					
Su capacidad de participar en la vida diaria.					
Su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño.					
Su situación económica.					
La situación de alojamiento o vivienda.					
Su capacidad para desplazarse sin sentir mareos, inestabilidad o caídas.					
Su visión en cuanto a la capacidad para trabajar o disfrutar sus aficiones.					
Su sensación general de bienestar.					
La medicación, si no toma medicamentos deje esto sin contestar.					
Como evaluaría su nivel de satisfacción general de vida durante la semana pasada.					

Si el nivel de satisfacción es muy malo, malo o regular en esta respuesta subraye los factores asociados a la falta de satisfacción.

# **ISE INVENTARIO DE SINTOMATOLOGIA DE ESTRÉS.**

### ISE INVENTARIO DE SINTOMATOLOGIA DE ESTRÉS.

Señale con una cruz la frecuencia con que ha sentido los siguientes síntomas en los seis últimos meses.	NUNCA.	RARAS VECES.	MODER.	FREC.	ASIDU.
<b>Síntomas.</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Dolores de espalda o cuello.					
Irritabilidad fácil.					
Pérdida o exceso de apetito.					
Sentirse sin ganas de comenzar nada.					
Dolor de cabeza.					
Escasas ganas de comunicarse.					
Presión en el pecho.					
Falta de flexibilidad adaptativa.					
Dificultades con el sueño.					

Sentimiento de cansancio mental.					
Dificultades sexuales.					
Tiempo mínimo para uno mismo.					
Erupciones en la piel sarpullido.					
Fatiga generalizada.					
Pequeñas infecciones.					
Sentimientos de baja autoestima.					
Aumento de la bebida, sustancia o tabaco.					
Dificultad de memoria o concentración.					
Problemas gastrointestinales.					
Necesidad de aislarse.					
Problemas alérgicos.					
Estado de apresuramiento continuo.					
Presión arterial alta.					

Pérdida del sentido del humor.					
Resfriados y gripes.					
Perdida del deseo sexual.					
Problemas en la voz.					
Escasa satisfacción en las relaciones sociales.					
Dificultad de controlar la agresividad.					
Cansancio rápido de todas las cosas.					

# **ESCALA MODOS DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS.**



## ESCALA MODOS DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS

Instrucciones:

El siguiente cuestionario tiene por finalidad ayudarlo a analizar las formas o estilos principales en que usted enfrenta situaciones problemáticas o conflictivas. Lea cada uno de los ítems que se indican a continuación y escriba el número que expresen en qué medida usted actuó en cada uno de ellos.

0= en absoluto

1= en alguna medida

2= bastante

3= en gran medida

	0	1	2	3
Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer.				
Intente analizar el problema para comprenderlo mejor.				
Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.				
Creo que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.				
Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación.				
Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quede sin hacer nada.				
Intente encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.				

Hable con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.				
Me critique a mí mismo.				
No intente quemar mis naves, así que deje alguna posibilidad abierta.				
Confié en que ocurriría un milagro.				
Seguí adelante con mi destino.				
Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.				
Intente guardar para mí mis sentimientos.				
Busque algún resquicio de esperanza, por así decirlo intente mirar las cosas por su lado bueno.				
Dormí más de lo habitual.				
Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema.				
Acepte la simpatía y comprensión de alguna persona.				
Me dije a mi misma, cosas que me hicieran sentir mejor.				
Me sentí inspirado para hacer algo creativo.				
Intente olvidarme de todo.				
Busque ayuda de un profesional.				
Cambie, madure como persona.				
Espere a ver lo que pasaba antes de hacer nada.				
Me disculpe o dije algo para compensar.				

Desarrolle un plan de acción y lo seguí.				
Acepte la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería.				
De algún modo exprese mis sentimientos.				
Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.				
Salí mejor de la experiencia mejor de lo que entre.				
Hable con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.				
Me aleje del problema por un tiempo, intente descansar o tomarme unas vacaciones.				
Intente sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.				
Tome una decisión importante o hice algo arriesgado.				
Intente no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mis impulsos.				
Tuve fe en algo nuevo.				
Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.				
Redescubrí lo que es importante en mi vida.				
Cambie algo para que las cosas fueran bien.				
Evite estar con la gente.				
No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.				
Pregunte a un pariente o amigo y respete su consejo.				
Oculte a los demás lo mal que me iban las cosas.				

No me tome en serio la situación, me negué a considerarlo en serio.				
Le conté a alguien como me sentía.				
Me mantuve firme y palié por lo que quería.				
Me desquite con los demás.				
Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar.				
Sabía lo que iba a hacer, así que redoble mi esfuerzo para conseguir que las cosas marcharan bien.				
Me negué a creer lo que había ocurrido.				
Me prometí a mi mismo que las cosas serian distintas la próxima vez.				
Me propuse un par de soluciones distintas al problema.				
Lo acepte ya que no podía hacer nada al respecto.				
Intente que mis sentimientos no intervinieran demasiado en mis cosas.				
Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo la forma como me sentía.				
Cambie algo en mí.				
Soñé o me imagine otro tiempo y otro lugar mejor en el presente.				
Deseé que la situación se desvaneciera terminara de algún modo.				
Fantaseé o imagine el modo en que podría cambiar las cosas.				
Rece.				

Me prepare mentalmente para lo peor.				
Repase mentalmente lo que haría o diría.				
Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tome de modelo.				
Intente ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.				
Me recordé a mi mismo cuanto peor podrían ser las cosas.				
Corrí o hice ejercicio.				
Intente algo distinto de todo lo anterior.				