

Autoconcepto de mujeres con cáncer en mama

¹Bañuelos-Barrera Patricia, ¹Bañuelos-Barrera Yolanda, ²Esquivel-Rodríguez Martha, ²Moreno-Ávila Vanessa

¹Maestras en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería y Obstetricia, ²Pasantas de Licenciatura en Enfermería. Universidad Juárez del Estado de Durango. Durango, México

Palabras clave

- Autoconcepto
- Mujeres
- Cáncer de mama

Resumen

Introducción: El cáncer de mama caracterizado por crecimiento incontrolado de células, es capaz de producir metástasis, en mujeres constituye una de las primeras causas de mortalidad en el mundo. Esta enfermedad afecta la imagen corporal y el autoconcepto, el cual es definido por Roy como la noción individual de sí mismo con énfasis

en respuestas emocionales internas y externas.

Objetivo: Identificar la relación entre estímulos contextuales y autoconcepto de la mujer con cáncer de mama, mastectomizada.

Metodología: Estudio transversal, descriptivo, correlacional, se incluyeron 35 mujeres de 30 a 75 años, con cáncer de mama de dos instituciones de salud de Durango. Instrumentos: Autoconcepto de Tennessee (Fitts, 1965), Cédula de datos demográficos y gineco-obstétricos respetando ética según Ley General de Salud. La confiabilidad del instrumento de autoconcepto fue 0.72.

Resultados: La edad promedio de las participantes fue de 51 años, escolaridad promedio 10 años, 56% casadas, con 3 hijos en promedio, 48% con más de un año diagnosticadas, 63% con tratamiento concomitante. La relación entre estímulos contextuales y autoconcepto a través de correlación de Spearman no mostró significancia estadística.

Conclusiones: A pesar de no existir relación entre estímulos contextuales y autoconcepto, este mostró valores bajos, lo que implica analizar otras variables que puedan estar afectando el autoconcepto de las mujeres con cáncer de mama.

Abstract

Introduction: Breast cancer is characterized for uncontrolled growing of cells; it is able to cause metastasis; it constitutes one of the first causes of mortality in the world for women. This disease affects the body image and self-concept which is defined by Roy as the notion of the individual by himself with emphasis on internal and external emotional responses.

Objective: To identify the relationship between contextual stimuli and self-concept of the woman with breast cancer, or mastectomy.

Methodology: Transversal, descriptive, correlational study with a randomized sample of 35 women between 30 and 75 years old, with breast cancer, at two health facilities in Durango, Mexico. Instruments: Tennessee' Self-concept (Fitts, 1965), and flip-card of demographic and GYN data; respecting ethics according to Health General Law. Reliability of self-concept instrument was 0.72.

Results: The participants' average age was 51 years old, 10 years average of education, 56% married, an average of 3 children, 48% diagnosed since more than a year, 63% on concomitant treatment. The relation between stimuli and self-concept through Spearman's correlation did not show up statistical significance.

Conclusions: In spite of no relation between contextual and self-concept stimuli, the second one showed low values which implies analyzing other variables that may be affecting the self-concept of women with breast cancer.

Key words

- Self-concept
- Women
- Breast cancer

Correspondencia:

Patricia Bañuelos Barrera

Calle J.A. Zamudio No. 108, Col. Benjamín Méndez, C.P. 34020, Durango, Dgo. México

Tel. 016188132858, Cel. 016181226172 Fax 016188171061

Dirección electrónica: pbanuelos@faeo.ujed.mx, pbanuelosb@hotmail.com

Introducción

El cáncer se caracteriza por el crecimiento incontrolado, desarrollo y multiplicación de células que tienden a invadir el tejido circundante, capaces de producir metástasis.¹ Puede causar la muerte cuando estas células impiden el funcionamiento normal de los órganos vitales afectados o se extienden por todo el cuerpo y dañan otros sistemas.² El cáncer de mama se manifiesta como un nódulo palpable diferente al resto del tejido de la mama que se localiza en cualquier parte del seno y tiende a crecer rápidamente sin dolor.² Existen diversos factores de riesgo para el incremento de cáncer en mama entre los más frecuentes esta la edad mayor de 50 años, menarca a edad temprana, nuliparidad, menopausia tardía y el primer hijo vivo después de los 30 años de edad,^{2,3} los cuales han incrementado los índices de mortalidad.

El cáncer de mama constituye una de las primeras causas de muerte en mujeres en el mundo.⁴⁻⁹ En México este tipo de cáncer ocupa la segunda causa de muerte en la mujer después del cáncer cervicouterino,¹⁰ con una mayor incidencia en el norte del país.¹¹ En Durango este problema de salud ha aumentado en los últimos diez años, lo que ha originado la creación de un centro oncológico que proporciona atención de tercer nivel, además del establecimiento de servicios para atender esta patología en las instituciones de segundo nivel de la ciudad que proporcionan seguridad social.

En el período 2005-2006 hasta el mes de agosto se reportó una incidencia de 217 pacientes con cáncer de mama, en dos instituciones de salud, lo que muestra este aumento. Las personas que se enfrentan con el diagnóstico de cáncer de mama ven a esta enfermedad como uno de los acontecimientos más desequilibrantes en su vida, el cual determina un cambio en su propia imagen y en los roles desempeñados en la sociedad;¹² además de los efectos que trae consigo el tratamiento.

Dicho tratamiento del cáncer de mama repercute a nivel psicosocial incluyendo ansiedad, depresión y baja autoestima¹³ así como alteraciones en la imagen corporal¹⁴ entre otros, como el autoconcepto, ya que el efecto negativo en este se ha estudiado desde el punto de vista cualitativo en mujeres con cáncer de mama, concluyendo que los cambios que lo acompañan hacen que los individuos se hagan preguntas críticas de su persona;¹⁵ así mismo afectan las actividades cotidianas que las mujeres realizan.¹⁶ Se ha reportado que el rol desempeñado por las mujeres con cáncer de mama afecta su calidad de vida,^{17,18} la percepción de sí mismas y en las mujeres jóvenes con cáncer de mama presentan más estrés psicológico que las mujeres adultas mayores ante el diagnóstico.¹⁹ Sin embargo independientemente de la edad, la cirugía conservadora de mama en mujeres con cáncer está asociada con buena imagen corporal, calidad de vida elevada y bienestar, a diferencia de las mujeres mastectomizadas en quienes éstas variables presentan valores más bajos.^{20,21}

Algunos estudios han reportado relación significativa entre los modos de adaptación (autoconcepto) y función de rol (madre, esposa, trabajadora, paciente crónico) en pacientes con cáncer de mama mastectomizadas.²² Cuando se ha valorado el modo de adaptación (autoconcepto) en pacientes oncológicos en general en tratamiento con quimioterapia, se ha observado que en la mayoría de los participantes esta adaptación se encuentra en rangos normales o con leve afectación.²³ En contraste otros autores reportan falta de relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad (estímulo) y el perfil de autoconcepto.²⁴ Reviste elevada importancia conocer el autoconcepto en las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, ya que en el desarrollo de la práctica diaria con este tipo de pacientes se ha observado el gran deterioro en el autoconcepto de acuerdo

a manifestaciones propias de las pacientes quienes refieren que a partir del diagnóstico y/o la mastectomía presentaron un cambio desfavorable en su forma de percibirse. Así mismo, no se tiene establecido un programa de apoyo y orientación acerca del diagnóstico y los efectos en la persona y familia, que puedan ayudar a mantener en niveles aceptables el autoconcepto; por ende no se tienen registros que revelen cómo se comporta esta variable. El presente trabajo se basó en el Modelo de Adaptación de Callista Roy ya que es un modelo que guía sobre los aspectos que hay que valorar en una persona y lo que le rodea, que pudiese influenciarle negativa o positivamente en sus modos adaptativos, específicamente en el autoconcepto. El modelo de Roy^{25,26} representa a la persona como un ser biopsicosocial que necesita adaptarse a los estímulos del medio ambiente. Los estímulos del medio ambiente están categorizados como focales (los que inmediatamente enfrenta la persona), contextuales (factores que contribuyen en la situación) y residuales (factores desconocidos que pueden influir en la situación). Cuando los factores que componen los estímulos residuales, se convierten en conocidos usualmente son considerados como contextuales, pero también pueden ser considerados como focales. Roy postula que estas intervenciones influyen el nivel de adaptación para incrementarlo, disminuirlo o eliminarlo, o en otro sentido, alterando de forma relevante los estímulos focales y contextuales. Los estímulos contextuales en este estudio están representados por las variables sociodemográficas, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad y el tipo de tratamiento para el cáncer de mama. La adaptación toma lugar en cuatro modos de respuesta: fisiológico, interdependencia, función de rol y autoconcepto. El autoconcepto es valorado en esta investigación como una noción individual de sí mismo(a) con énfasis en respuestas emocionales,

se centra específicamente en los aspectos psicológicos y espirituales de la persona. Se define como el grupo de creencias y sentimientos que tiene una persona sobre sí misma en un momento dado, formado a partir de las percepciones internas y de las demás personas.^{25,26}

El propósito principal de esta investigación es identificar la relación entre los estímulos contextuales (edad, ocupación, tratamiento, tiempo de diagnóstico, estado civil y el tener hijos) y de autoconcepto de las mujeres con cáncer de mama, mastectomizadas.

Metodología

Se realizó estudio transversal, descriptivo, correlacional en dos instituciones de salud del estado de Durango. El procedimiento para seleccionar a las mujeres fue con las listas de pacientes programadas para consulta en los días del estudio, el método de muestreo fue aleatorio sistemático; conformando una muestra total de 35 mujeres con cáncer de mama que cumplieron los criterios de inclusión: 20 pacientes de una institución y 15 de otra. Los criterios de inclusión fueron mujeres de 30 a 75 años diagnosticadas con cáncer de mama, mastectomizadas, que tuviesen la disponibilidad para contestar el instrumento previa autorización y consentimiento informado respetando los aspectos éticos establecidos en la Ley General de Salud; se excluyeron las personas que no pudieron participar por gravedad o limitaciones físicas. Para recolectar la información se utilizó una hoja de datos demográficos y gineco-obstétricos (HDD y GO) que constó de 19 preguntas abiertas y cerradas; y el instrumento de autoconcepto de Tennessee (ATC) (Fitts, 1965) con 97 ítem con respuesta tipo Likert de 5 puntos, contiene tres subescalas (autoconcepto, autoestima y autocomportamiento) que midieron cinco facetas o perfiles diferentes

cada una (físico, moral-ético, personal, familiar y social), todos los instrumentos fueron aplicados de manera dirigida; el tiempo aproximado de aplicación fue de 20 minutos.²⁷ Los datos se analizaron en SPSS 11.0. Se aplicó estadística descriptivas (dispersión y tendencia central) e inferencial (Rho de Spearman). La confiabilidad del instrumento (consistencia interna) fue obtenida a través de Alpha de Cronbach con un valor de 0.72.²⁸

Resultados

Del total de la población la edad promedio fue de 51 años, con una desviación estándar (DE) de 9.2, valor mínimo 34 y máximo 75; escolaridad promedio de 10 años (lo que equivale a los dos primeros semestres de bachillerato); 56% casadas, y 60% de ellas amas de casa, el número de hijos promedio fue de tres. En el 48% de la población el promedio de tiempo en el que se diagnosticaron fue más de 12 meses (figura 1), 63% de éstas llevaban un tratamiento concomitante (combinación de quimioterapia y ci-

rugía). En las características gineco-obstétricas, 34% de las participantes tuvieron periodo menstrual a los 13 años (figura 2). La mayoría se realiza autoexploración mamaria (figura 3) y un gran porcentaje la primera relación sexual la tuvieron después de los 16 años.

El autoconcepto en general mostró valores bajos (media de 57.1) y el perfil familiar se encontró con valores dentro del rango normal²³ (cuadro I).

Para identificar la relación existente entre los estímulos contextuales y el autoconcepto (general, por subescalas y perfiles) se realizó correlación de Spearman la cual no mostró relación significativa entre éstos, sólo el perfil familiar mostró relación inversa estadísticamente significativa con uno de los estímulos contextuales: tiempo de evolución. (cuadro II), pero de manera global no hubo relación.

Discusión

El estudio fue llevado a cabo en dos instituciones de salud, una de ellas atiende a población abierta y la otra

Figura 1. Tiempo de diagnóstico en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas

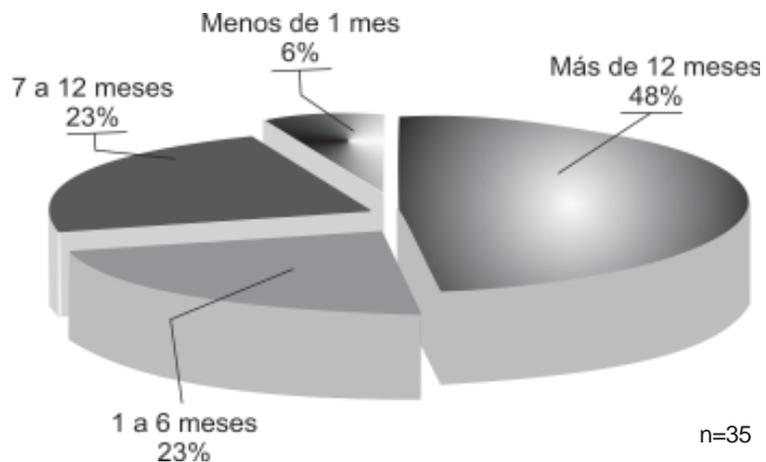
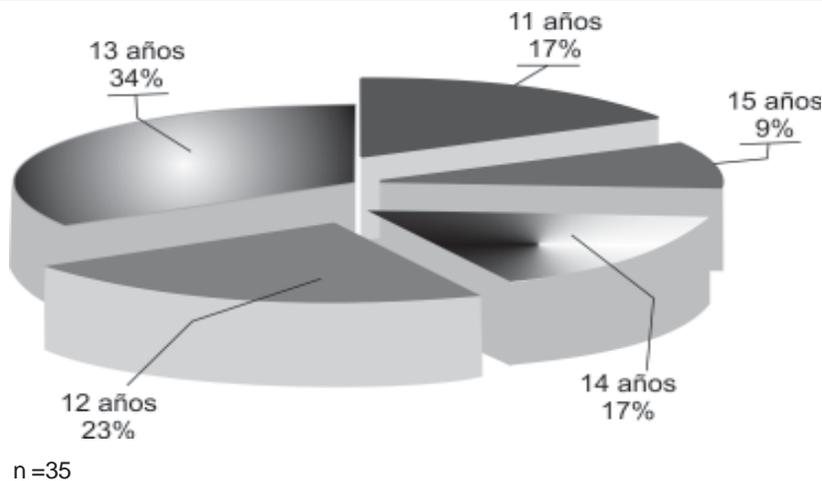


Figura 2. Edad del primer periodo menstrual en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas



proporciona seguridad social, esto reflejó de manera objetiva el comportamiento de la variable estudiada en las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas. La edad promedio de las participantes (51 años) coincide con otros autores, en algunos con pequeñas variaciones,^{9,11,17,18} lo que refuerza lo establecido o representado en las estadísticas del sector salud y social respecto al cáncer de mama por grupos de edad;¹⁰ el nivel de escolaridad predominante fue secundaria terminada, esto difiere con otros autores que han encontrado bajos niveles de escolaridad en población semejante.^{17,23} El mayor porcentaje de las participantes son casadas y con ocupación predominante amas de casa, lo que concuerda con otros autores^{13,17,23} posiblemente debido a que la totalidad de la muestra la conforma el sexo femenino.

El cáncer de mama en mujeres es un diagnóstico que tiene el potencial de causar un enorme efecto sobre la calidad de vida de éstas e impactar la percepción que tienen de sí mismas, de su autoestima, sus sentimientos y dominio personal.¹⁶ Ha habido poca

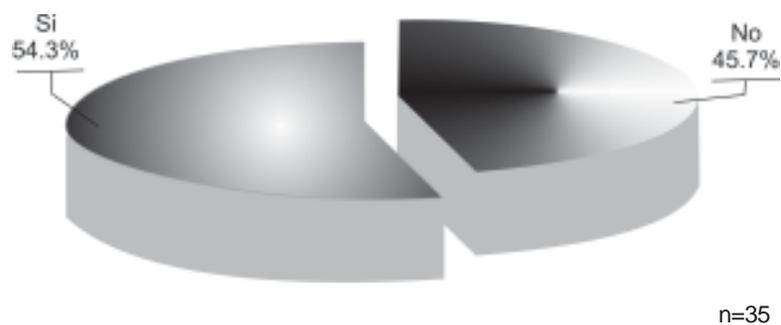
investigación relacionada con el autoconcepto específicamente en mujeres con cáncer de mama, ya que lo encontrado muestra como variable principal en esta población la calidad de vida,^{14,17-21} por otra parte el autoconcepto se ha estudiado en otras poblaciones o con otra patología^{13,23,24} pero escasos son los estudios donde se valora específicamente el autoconcepto en mujeres con cáncer de mama.²²

Los hallazgos en este estudio permitieron identificar el estado en que

se encontró el autoconcepto de las mujeres con cáncer de mama en esta población, sin embargo los resultados no mostraron relación entre los estímulos contextuales representados por la edad, ocupación, estado civil, número de hijos, tiempo de evolución de la enfermedad, el tipo de tratamiento y el índice general de autoconcepto; esto similar a lo reportado por otros autores,²³ quienes encontraron que no existe relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad crónica (estímulo) y el perfil de autoconcepto; y difieren a otro autor quien sí encontró²² correlación significativa entre el modo de autoconcepto y la ocupación de los pacientes (estímulo contextual). Los resultados arrojados en este trabajo no fueron los esperados de acuerdo con lo mencionado por Roy en su modelo de adaptación; ya que como se mencionó anteriormente los estímulos contextuales no influyeron en el modo de autoconcepto.

Estos datos son de utilidad para la práctica de enfermería, ya que permiten mejorar la relación enfermera-paciente y así inferir en el aumento de los niveles de autoconcepto en esta población. Se considera necesario ampliar el tamaño de la muestra para conocer el comportamiento de la variable en una muestra más grande.

Figura 3. Mujeres con cáncer; autoexploración de mama



Cuadro I. Valores de la media y desviación estándar de autoconcepto y perfiles en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas

	n	Rangos normales	Media	D.E.	Moda	Rango
Autoconcepto general	35		57.1	6.2	56.7	26
Físico	35	64-79	55.5	10.2	56.2	42.1
Moral ético	35	64-79	55.1	8.8	48.6	38.8
Personal	35	58-72	50.4	8.9	47.2	47.2
Familiar	35	63-80	64.5	7.5	66.6	34.7
Social	35	62-76	56.7	7.8	52.7	34.7

n=35

Cuadro II. Correlación de Spearman. Relación entre estímulos contextuales y autoconcepto (general, por subescalas y perfiles)

	Edad	Ocupación	Estado civil	No. de hijos	Tiempo de evolución
Autoconcepto general	$r_s = -0.16$ $p=0.35$	$r_s = -0.04$ $p=0.80$	$r_s = 0.11$ $p=0.52$	$r_s = 0.06$ $p=0.70$	$r_s = -0.05$ $p=0.76$
Subescala autoestima	$r_s = -0.10$ $p=0.53$	$r_s = 0.052$ $p=0.76$	$r_s = 0.17$ $p=0.31$	$r_s = 0.18$ $p=0.28$	$r_s = -0.14$ $p=0.39$
Subescala autoconcepto	$r_s = 0.07$ $p=0.66$	$r_s = 0.13$ $p=0.43$	$r_s = 0.09$ $p=0.58$	$r_s = -0.09$ $p=0.57$	$r_s = 0.03$ $p=0.83$
Subescala autocomportamiento	$r_s = -0.36$ $p=0.43$	$r_s = 0.07$ $p=0.68$	$r_s = -0.16$ $p=0.35$	$r_s = -0.14$ $p=0.39$	$r_s = -0.03$ $p=0.84$
Físico	$r_s = -0.09$ $p=0.60$	$r_s = -0.05$ $p=0.75$	$r_s = 0.10$ $p=0.54$	$r_s = -0.14$ $p=0.40$	$r_s = 0.04$ $p=0.82$
Moral-ético	$r_s = -0.16$ $p=0.35$	$r_s = -0.06$ $p=0.72$	$r_s = 0.07$ $p=0.66$	$r_s = 0.14$ $p=0.41$	$r_s = -0.21$ $p=0.20$
Personal	$r_s = -0.16$ $p=0.35$	$r_s = -0.17$ $p=0.31$	$r_s = -0.19$ $p=0.26$	$r_s = -0.07$ $p=0.66$	$r_s = 0.16$ $p=0.34$
Familiar	$r_s = -0.25$ $p=0.13$	$r_s = -0.87$ $p=0.62$	$r_s = 0.24$ $p=0.16$	$r_s = -0.02$ $p=0.89$	$r_s = -0.37^*$ $p=0.02$
Social	$r_s = 0.14$ $p=0.42$	$r_s = 0.20$ $p=0.24$	$r_s = 0.24$ $p=0.16$	$r_s = 0.09$ $p=0.58$	$r_s = 0.05$ $p=0.75$

*Significancia estadística menor a 0.05

n= 35

Referencias

1. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. [en línea] <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html> [Consultado 17/08/07].
2. Otto SE. Enfermería oncológica Vol. 1. 4a ed. Madrid: Harcourt: Océano, 1997. p. 83-109.
3. Gauntlett P, Myer J, editores. Principios y práctica de la enfermería médicoquirúrgica Vol. 2. 2a. ed. Madrid: Mosby/Doyma, 1995. p. 1893-1900.
4. Will BP, Berthelot JM, Le Petit C, Tomiak EM, Verma S, Evans WK. Estimates of the lifetime costs of breast cancer treatment in Canada. *Eur J Cancer* 2000; 36(6):724-735.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003-forjemos el futuro [en línea] <http://www.who.int/whr/2003/es/> [Consultado 17/08/07].
6. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. En: Cap. 5. Human cancers by organ site; Breast cancer. World cancer report. IARC Press, 2003: 188-193.
7. Levi F, Lucchini F, La Vecchia C, Negri E. Trends in mortality from cancer in the European Union, 1955-94. *Lancet* 1999; 354(9180):742-743.
8. Pinheiro PS, Tyczyski JE, Bray F, Amado J, Matos E, Parkin DM. Cancer incidence and mortality in Portugal; *Eur J Cancer* 2003; 39(17): 2507-2520.
9. Leal Mateos M, Ortiz Barbosa A. Mortalidad por cáncer de mama en Costa Rica, 1990-1999. *Rev Costarric Salud Pública* 2004; 13(25):12-17.
10. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social. México: INEGI, 2002 (Cuaderno No. 19).
11. López Ríos O, Lazcano Ponce EC, Tovar Guzmán V, Hernández Ávila M. La epidemia de cáncer de mama en México. ¿Consecuencia de la transición demográfica? *Salud Pública Méx* 1997; 39(4): 259-265.
12. Principios de medicina interna. Braunwald E, editor. 15a ed. Madrid: McGraw-Hill, 2002. p. 579-586.
13. Celis Chacón C, Gordillo Galindo CA. Perfil psicosocial de la mujer mastectomizada por cáncer de mama. *Aten Primaria* 2006; 37(3):173-174.
14. Martin AJ, Stockler M. Quality-of-life assessment in health care research and practice. *Eval Health Prof* 1998; 21(2): 141-156.
15. Eilers J, Westercamp T. In my house are many rooms: a proposed model to examine self-concept. *Clin J Oncol Nurs* 2003; 7(1):79-83.
16. Fernández M, Ospina F, Munera A. Repercusiones que trae consigo el diagnóstico de cáncer de mama. *Rev Colomb Oncol* 2002; 8:8-10.
17. Uzun O, Aslan FE, Relimen D, Koc M. Quality of life in women with breast cancer in Turkey. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36(3):207-213.
18. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE, et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96(5):376-387.
19. Wenzel LB, Fairclough DL, Brady MJ, Cella D, Garrett KM, Kluhsman BC, et al. Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer* 1999; 86(9): 1768-1774.
20. Kissane DW, Clarke-DM, Ikin J, Bloch S, Smith GC, Vitetta L, McKenzie DP. Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *Med J Aust* 1998; 169(4):192-196.
21. Pandey M, Thomas BC, Ramdas K, Ratheesan K. Early effect of surgery on quality of life in women with operable breast cancer. *Jpn J Clin Oncol* 2006; 36:468-472.
22. Dolsophon W. La adaptación en el autoconcepto y en la función de rol en los pacientes con cáncer de mama y mastectomía. *Rev Diario Clín* 1995; 2:2-20.
23. García-Valenzuela MLR, Cuevas-Cancino JJ, Tinoco-López, G. Adaptación de los pacientes oncológicos a la quimioterapia ambulatoria. *Desarrollo Cientif Enferm* 2006; 14:173-177.
24. García Tofolla G, Díaz Guerrero R. Diabetes mellitus tipo 2: autoconcepto, evolución y complicaciones. *Desarrollo Cientif Enferm* 2005; 13(7):207-210.
25. Roy C, Andrews H. The Roy adaptation model. 2nd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1999.
26. Roy C. Roy adaptation model-based research: 25 years of contributions to nursing science. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International, Center Nursing Press, 1999.
27. Secretaría de Salud. Ley General de Salud Tomo II. Colección Porrúa. 16a ed. México: Porrúa, 2000.
28. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6a ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000. p. 351-357.