

Autocuidado relacionado con el desempeño de roles ocupacionales en pacientes bajo tratamiento de quimioterapia antineoplásica*

Leidiane Mota De Oliveira Chagas^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-5442-1535>

Fabiano Henrique Oliveira Sabino¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8728-9238>

Maria Helena Barbosa¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2749-2802>

Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7661-0353>

Luana Foroni Andrade³

 <https://orcid.org/0000-0003-2765-1535>

Elizabeth Barichello¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7764-032X>

Objetivo: analizar y correlacionar los roles ocupacionales, los síntomas y la capacidad de autocuidado en pacientes oncológicos atendidos en el servicio de quimioterapia de un hospital universitario. **Método:** estudio transversal, en el que se aplicaron los instrumentos cuestionario sociodemográfico y clínico, Inventario de Síntomas de M.D. Anderson – core, escala de evaluación de la capacidad de autocuidado *Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised* y Lista de Identificación de Roles Ocupacionales en pacientes oncológicos atendidos en el servicio de quimioterapia de un hospital universitario. El análisis de los datos incluyó tablas de frecuencias absolutas y relativas y regresión lineal múltiple, a un nivel de significancia de $\alpha=0,05$. **Resultados:** la muestra ha mostrado capacidad para el autocuidado operacionalizada, con un promedio de $\bar{X}=57,8$. En la correlación entre el grado de importancia de los roles ocupacionales y las puntuaciones del instrumento de evaluación para el autocuidado, se encontró significancia estadística para los roles de voluntario ($r=0,26$; $p=0,02$) y de amigo ($r=0,33$; $p= <0,001$). La regresión lineal mostró que cuanto mayor es la interferencia de los síntomas en las actividades de la vida ($\beta=0,20$; $p=0,05$) y cuanto mayor la importancia del rol del amigo ($p=0,001$; $p=0,43$), más altos son los índices de autocuidado. **Conclusión:** la operacionalización del autocuidado puede estar directamente relacionada con el grado de importancia atribuido al desempeño de los roles sociales.

Descriptorios: Desempeño de Papel; Autocuidado; Quimioterapia; Neoplasias; Integralidad en Salud; Apoyo Social.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Roles ocupacionales y de autocuidado en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia", presentada en la Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001 - Brasil.

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Instituto de Ciências da Saúde, Uberaba, MG, Brasil.

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, SE, Brasil.

Cómo citar este artículo

Chagas LMO, Sabino FHO, Barbosa MH, Frizzo HCF, Andrade LF, Barichello E. Self-care related to the performance of occupational roles in patients under antineoplastic chemotherapy treatment. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3421. [Access

mes día año

URL

]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4092.3421>.

Introducción

El tratamiento de quimioterapia antineoplásica puede ser largo y provocar discapacidades, además de involucrar aspectos ambientales y sociales, que agravan y alteran la capacidad funcional y las diversas actividades de la vida⁽¹⁻²⁾.

Los eventos adversos relacionados con el tratamiento del cáncer son muy comunes y un 86% de los pacientes reportaron haber experimentado, al menos, un efecto secundario⁽³⁾. A pesar de los avances tecnológicos, el tratamiento provoca eventos adversos, como mielodepresión, alopecia, náuseas, vómitos, diarrea, disnea, dolor, pérdida de apetito, cambios cognitivos, caquexia, depresión y fatiga, interfiriendo con la adherencia o haciendo que el paciente abandone el tratamiento de quimioterapia⁽⁴⁻⁵⁾.

Por lo tanto, es pertinente orientar a los pacientes oncológicos sobre su estado de salud y tratamiento, promoviendo su autonomía y autocuidado, con el objetivo de prevenir las discapacidades derivadas de su condición crónica. La Teoría del Autocuidado de Orem no solo apoya las intervenciones de autocuidado entre el personal de enfermería sino que, también, sirve como un subsidio teórico para los terapeutas ocupacionales. Este concepto se presenta como una habilidad compleja, innata, realizada a lo largo de la vida, con un enfoque en reconocer y realizar las necesidades personales⁽⁶⁻⁷⁾. Al proporcionar a los pacientes con cáncer autoconfianza para realizar el autocuidado durante la quimioterapia, se puede causar un impacto positivo en los efectos secundarios, como la fatiga⁽⁸⁾.

Los eventos adversos del cáncer y la quimioterapia implican cambios en realización de las actividades diarias que, a su vez, afectan el desempeño de los roles ocupacionales. Uno de los principales marcos teóricos de la terapia ocupacional, el Modelo de Ocupación Humana (MOH), describe actividades ocupacionales, como la identidad y la expectativa de la persona en virtud de sus atribuciones en la sociedad. Se consideran roles ocupacionales: ser estudiante, trabajador, cuidador, desempeñar actividades relacionadas con el ocio, las actividades domésticas y familiares, participar en grupos de amigos, entidades religiosas, entre otras⁽⁹⁾.

Los estudios que abarcan el autocuidado y el desempeño de roles ocupacionales en pacientes en quimioterapia contribuyen a la práctica basada en la evidencia, ya que son escasas las investigaciones nacionales e internacionales dirigidas al análisis de las consecuencias del tratamiento de quimioterapia en la capacidad de autocuidado y el desempeño de los roles

ocupacionales. Además, las políticas de salud pública disponibles para las personas con cáncer enfatizan la necesidad de ampliar el cuidado, a través de la implementación de prácticas multidisciplinarias, con el fin de reducir las pérdidas debidas a la enfermedad y el tratamiento, que a menudo son responsables de los costosos tratamientos y la carga para el sistema de salud y la sociedad⁽⁹⁻¹¹⁾.

Sobre esta base, este artículo tiene como objetivo analizar y correlacionar los roles ocupacionales, los síntomas y la capacidad de autocuidado en pacientes oncológicos atendidos en el servicio de quimioterapia de un hospital universitario.

Método

Se trata de un estudio cuantitativo, de diseño transversal, realizado en el centro de quimioterapia de un hospital universitario, ubicado en una ciudad de tamaño medio (Uberaba) en la región conocida como Triângulo Mineiro, en Minas Gerais (MG), Brasil, entre marzo y julio de 2017, en el que se entrevistaron cien pacientes en tratamiento de quimioterapia antineoplásica.

Los criterios de inclusión considerados en esta investigación fueron: adultos y personas mayores de ambos sexos, con capacidad cognitiva conservada y sometidos, al menos, a un ciclo de quimioterapia antineoplásica y diagnosticados con cáncer primario, teniendo en cuenta que la metástasis tiene un peor pronóstico y tratamiento. Se excluyeron las personas con un período postoperatorio reciente (hasta 40 días).

En la Figura 1 se muestra el diagrama de flujo de los participantes durante el período de recolección de datos.

Las propias investigadoras desarrollaron un instrumento para abordar los aspectos sociodemográficos y clínicos, incluyendo la siguiente información: edad, sexo, estado civil, años de estudio, ingresos familiares, ocupación, cohabitación y hábitos religiosos. Se utilizaron el tiempo y el tipo de tratamiento de quimioterapia, los eventos adversos de la quimioterapia, la ubicación del cáncer, la comorbilidad u otras enfermedades y el uso de sustancias psicoactivas para definir el tipo de tratamiento y las condiciones clínicas de salud.

Se utilizó el Inventario de Síntomas de M.D. Anderson – core (MDASI) para evaluar la presencia de síntomas individuales o múltiples relacionados con el cáncer y su tratamiento. El instrumento, traducido y validado para la población brasileña, mostró adecuadas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach MDASI general de 0,85; síntomas de 0,78 e interferencias de 0,79. El análisis factorial de 0,79 demostró la adecuación de los datos⁽¹⁰⁻¹²⁾.

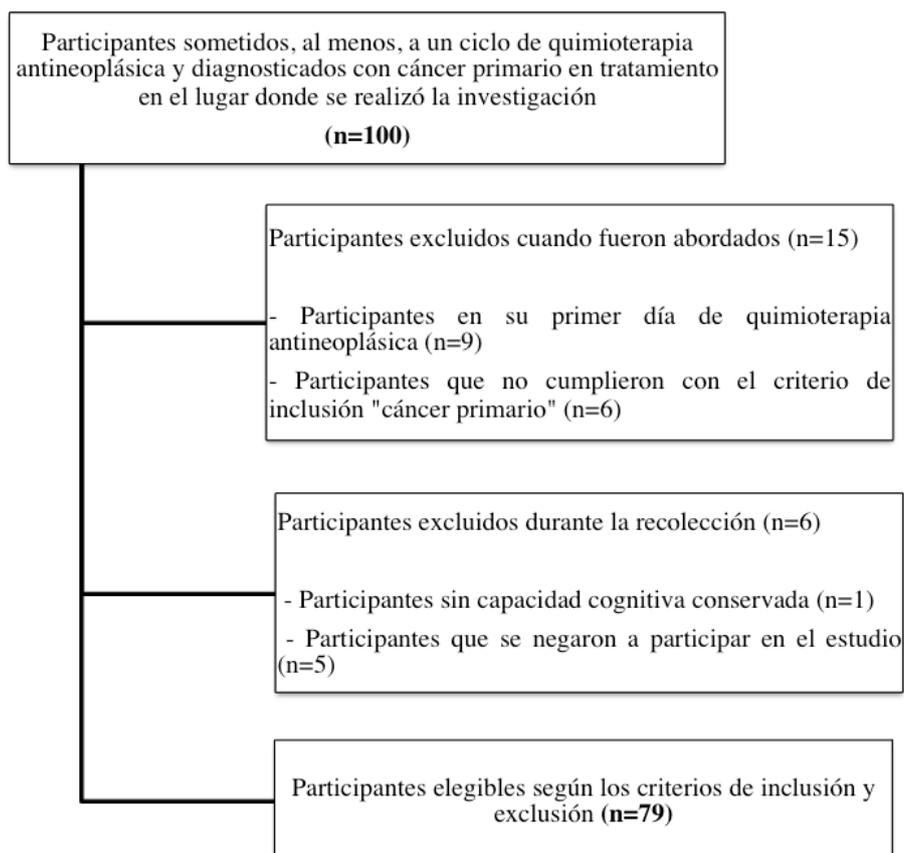


Figura 1 – Selección de participantes elegibles para el estudio (n=79) a partir de una población de individuos sometidos al tratamiento de quimioterapia antineoplásica. Uberaba, MG, Brasil, 2017

En cuanto a la estructura del MDASI, la parte I se compone de 13 preguntas que investigan la presencia e la intensidad de los síntomas en la vida del paciente, donde cero corresponde a "sin síntomas" y 10 corresponde a con "un síntoma tan fuerte como se pueda imaginar". En la parte II, con cinco preguntas, se aborda en qué medida los síntomas descritos en la parte I afectan la vida, con valores que van desde cero, cuando "el síntoma no interfirió en la vida del paciente", hasta 10, cuando "el síntoma interfirió por completo". Debido a que el instrumento no tiene una puntuación global, el resultado es el promedio de la suma de las puntuaciones de las dos partes del instrumento.

Se utilizó el instrumento Lista de Identificación de Roles Ocupacionales para evaluar el desempeño de los roles de vida de los participantes y la importancia que se les atribuye, que ha sido traducido y validado al portugués brasileño⁽¹¹⁾. Este instrumento ha sido utilizado en investigaciones mediante el cálculo de la frecuencia de diferentes roles ocupacionales en los tiempos del pasado, presente y futuro, así como sus grados de importancia.

El participante marca entre los diez roles listados (estudiante, trabajador, voluntario, cuidador, servicio

doméstico, amigo, familiar, religioso, pasatiempo/aficionado y participante en organizaciones), evaluando su desempeño en el pasado, presente y futuro y asignando el grado de importancia a cada uno de los roles, considerándose la puntuación de 1 para nada importante, 2 para algo importante y 3 para muy importante.

Posteriormente, los roles se listan en ocho categorías: rol desempeñado solo en el pasado, pérdida de rol solo en el presente, rol ganado solo en el presente, rol desempeñado desde el presente, rol desempeñado hasta el presente, rol nuevo en el futuro, rol continuo y ausencia de papel de análisis. Esto se hace para establecer los estándares de desempeño y el grado de importancia de cada rol para el participante.

La distribución y frecuencia de los datos del instrumento son definidas automáticamente, por una base de datos creada por la persona responsable de validar la escala en Brasil.

Esta investigación se centró en los roles desempeñados en el pasado y que han cambiado en el presente debido a la ocurrencia del evento de quimioterapia, considerando también el grado de importancia atribuido a cada rol. A continuación, los

resultados se correlacionaron con los resultados de la escala de autocuidado.

La Escala para Evaluar la Capacidad de Autocuidado (EECAC) ha sido traducida, adaptada y validada para Brasil, con un alfa de Cronbach de 0,74, coeficiente de correlación intraclase en la prueba y re prueba de 0,81 y un análisis interobservador de 0,84 en sus propiedades psicométricas. La escala consta de 15 ítems, con respuestas con puntuaciones que varían según una escala tipo Likert. La puntuación total varía de 15 a 75 puntos y, cuanto más cercana a 75, más operacionalizada es la capacidad de autocuidado⁽⁷⁾.

Las variables del estudio fueron sometidas a análisis y pruebas estadísticas utilizando el *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 21.0. El análisis incluyó tablas de frecuencia absoluta. Para el análisis bivariado de datos, se realizó la prueba *t* para las muestras dicotómicas independientes y la correlación de Spearman para las variables ordinales. La influencia simultánea de los predictores demográficos, clínicos y los roles ocupacionales en el autocuidado se realizó mediante análisis de regresión lineal múltiple. El nivel de significancia considerado en este estudio fue de $p \leq 0,05$.

La investigación cumplió con los preceptos éticos establecidos en la Resolución 466/2012 y contó con un dictamen aprobado de número 1.941.852.

Resultados

En el estudio participaron 79 pacientes, de los cuales el 50,6% eran mujeres, el 54,4% eran personas mayores, el grupo de edad fue de 23 a 86 años, con una desviación estándar (DE) de 13,5 y la edad promedio fue de 56,9 años. Con respecto a la educación, el 45,6% tenían hasta 4 años de estudio y de éstos, el 8,9% eran analfabetos. En cuanto a ocupación, el 58,2% estaban jubilados. El cáncer prevalente fue el del aparato digestivo (35,4%), seguido de los cánceres de mama, útero y próstata (20,3%).

La fatiga y la falta de apetito han sido síntomas reportados en el 64,6% de los pacientes, seguidos de náuseas en el 58,2%. Los promedios más altos se obtuvieron para los síntomas de preocupación (3,82) y fatiga (3,72). El área de la vida "actividades en general" mostró una mayor interferencia entre los participantes, debido a la aparición de síntomas, predominando en el 78,5% ($1,22 \pm 0,41$). La capacidad para trabajar (incluidas las tareas del hogar) fue afectada por los síntomas en el 73,4% ($1,27 \pm 0,44$) de los participantes.

El análisis del desempeño de los roles ocupacionales mostró que los roles de trabajador (84%) y servicio doméstico (86%) tuvieron una mayor pérdida de desempeño en el presente, en comparación con el desempeño en el pasado.

Cuando se consideró el período de ocurrencia del evento de quimioterapia en el presente, el rol de miembro de la familia fue el más desempeñado (82%). Como resultado del grado de importancia de los roles ocupacionales, se encontró que el rol de voluntario tenía el 42% como de algo importante y el rol de miembro de la familia fue considerado como muy importante por el 92%.

El análisis de frecuencia de las puntuaciones globales de la EECAC mostró una capacidad de autocuidado operacionalizada con un promedio de $\bar{X}=57,8$ y $DE=5,2$; y cuanto más cercana de 75, mayor es la capacidad de autocuidado (Tabla 1).

Tabla 1 – Análisis descriptivo de la evaluación de la capacidad de autocuidado de los participantes (n=79) en tratamiento de quimioterapia antineoplásica. Uberaba, MG, Brasil, 2017

Puntuación de autocuidado	%
Promedio	57,8
Mediana	58,0
Modelo estándar	5,2
Mínimo	43,0
Máximo	67,0

El resultado de las respuestas "totalmente de acuerdo" fue del 70,9% en los ítems del instrumento que estaban relacionados con buscar desarrollar las mejores formas de cuidarse y sobre la capacidad de obtener información, cuando se identificaban amenazas a la salud.

Para cumplir con el objetivo de la investigación, se realizaron correlaciones entre las puntuaciones de la variable dependiente autocuidado sobre los promedios de las variables sociodemográficas, la interferencia de síntomas en las actividades de la vida de la persona (MDASI-Parte II) y el grado de importancia de los roles ocupacionales (Lista de Identificación de Roles Ocupacionales).

Los resultados de los análisis de comparación a partir de la prueba *t* mostraron que la relación entre las variables sociodemográficas y los componentes del instrumento de evaluación de síntomas, relacionados con las puntuaciones de autocuidado, no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, se constató que cuanto mayor es la interferencia de los síntomas en las actividades de la vida de la persona con cáncer en tratamiento de quimioterapia antineoplásica, mayor es su capacidad de autocuidado ($DE=5,17$; $p=0,08$).

En la correlación entre el grado de importancia de los roles ocupacionales y las puntuaciones del instrumento de evaluación para el autocuidado, se encontró significancia estadística para los roles de voluntario ($r=0,26$; $p=0,02$) y amigo ($r=0,33$; $p < 0,001$). Estos resultados muestran que cuanto más importante es el desempeño de estos roles para el participante, mayor es su autocuidado (Tabla 2).

Tabla 2 – Correlación de Spearman entre las puntuaciones de autocuidado, según el grado de importancia de los roles en la vida de los participantes (n=79) en tratamiento de quimioterapia antineoplásica. Uberaba, MG, Brasil, 2017

Roles	Autocuidado	
	rs*	p†
Estudiante	0,05	0,66
Trabajador	0,03	0,79
Voluntario	0,26	0,02
Cuidador	0,17	0,14
Servicio doméstico	-0,04	0,72
Amigo	0,33	<0,001
Miembro de la familia	0,12	0,29
Religioso	0,15	0,18
Pasatiempo/aficionado	0,02	0,89
Participante en organizaciones	0,17	0,13

*rs = Magnitud del coeficiente de correlación de Spearman; †p = Correlación de Spearman al nivel de significancia

Para la regresión lineal se seleccionan tres variables que han mostrado las frecuencias más altas en esta investigación, ya sean el sexo, la interferencia de los síntomas en actividades generales y la importancia del rol de amigo, en la variable autocuidado (Tabla 3).

Tabla 3 – Regresión lineal de la puntuación de autocuidado sobre los predictores sexo, interferencia de los síntomas en las actividades generales y la importancia del rol de amigo de los participantes (n=79) en tratamiento de quimioterapia antineoplásica. Uberaba, MG, Brasil, 2017

	β^*	p†
Sexo	-0,13	0,19
Interferencia de los síntomas en las actividades generales	0,20	0,05
Importancia del rol de amigo	0,43	<0,001

* β = Coeficiente Beta; †p = Regresión logística, nivel de significancia

El resultado obtenido mostró que cuanto mayor es la interferencia de los síntomas en las actividades de la vida ($\beta=0,20$; $p=0,05$) y cuanto mayor es el grado de importancia atribuida al rol de amigo ($\beta=0,43$; $p\leq 0,001$), mayor es el autocuidado de los participantes.

Discusión

Estudios realizados con población adulta y de más edad atendida en el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño y en tratamiento de quimioterapia antineoplásica presentaron datos sociodemográficos coherentes con los de esta investigación⁽¹³⁻¹⁴⁾. En la práctica oncológica se deben considerar las variables sociodemográficas, como sexo, edad, ingresos, educación, cohabitación y ocupación, por su influencia en la detección temprana del cáncer y la consecuente búsqueda de servicios de salud, lo que facilita la elección del tratamiento más adecuado e incluso la supervivencia al cáncer. La detección temprana, a su vez, se basa en la educación sanitaria de la población, que

debe centrarse en las prácticas de autocuidado, incluso antes del diagnóstico de una enfermedad⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Entre los pacientes oncológicos adultos y de más edad tratados en el SUS, las investigaciones indican que, cuando buscan atención médica, la enfermedad se encuentra en una etapa más avanzada, en comparación con la estadificación del cáncer de quienes buscan atención médica en los países desarrollados. Para el sistema de salud y para la sociedad, este factor puede generar cargas, debido al aumento de las discapacidades y la pérdida de funcionalidad, provocando jubilaciones anticipadas y disminución de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y dificultando las posibilidades de supervivencia^(1,17).

Frente a esta realidad, es deber de los profesionales de la salud orientar y educar sobre las prácticas de autocuidado durante el tratamiento de quimioterapia, con el objetivo de prevenir lesiones derivadas de los efectos adversos del tratamiento de quimioterapia antineoplásica y aumentar las posibilidades de supervivencia y mayor CVRS⁽¹⁸⁾.

Las prácticas de autocuidado se pueden clasificar como pasivas, cuando el profesional realiza el cuidado sin la ayuda del paciente; colaborativas, cuando el profesional y el paciente realizan juntos los cuidados de la salud y activas, relacionadas con las prácticas y acciones realizadas por la persona, sin la ayuda de un profesional de la salud⁽¹⁹⁾.

Sin embargo, la dedicación de la persona con cáncer a las prácticas de autocuidado puede variar según su nivel socioeconómico, el tratamiento realizado, el apoyo social y familiar y sus perspectivas de vida. El profesional de la salud debe motivar la adopción de hábitos y conductas que favorezcan la práctica activa del autocuidado a lo largo de la vida del paciente y su familia, involucrándolo en la realización de estas acciones, más allá del período de tratamiento⁽¹⁹⁾.

Para que se produzca la adopción de hábitos y conductas saludables en las personas con cáncer, es importante que estos pacientes afronten, psicológicamente, el nuevo estilo de vida, ajustándose a la nueva condición de salud y a los retos experimentados como consecuencia de la enfermedad crónica, además de la adaptación psicológica, para que se vuelvan resistentes a las variables estresantes que impactan el comportamiento y la interacción con el medio ambiente⁽²⁰⁾.

En este estudio, los conceptos de ajuste y adaptación psicológica se pueden vincular a la buena operacionalización del autocuidado entre los participantes, considerándose que informaron buscar las mejores formas de cuidarse y la capacidad de obtener información cuando perciben amenazas a la salud.

Cuanto mayor es la interferencia de los síntomas en las actividades generales de la vida, mayor es la puntuación de autocuidado del participante. Estudios sobre la participación de las personas con cáncer en acciones de autocuidado mencionan que la movilización del paciente, ante el estrés provocado por la enfermedad y su tratamiento, puede estar motivada por amenazas al desempeño de sus principales actividades de la vida de forma independiente. Este proceso, conocido como autorregulación, se refiere a la participación activa en el cuidado de la salud durante el proceso de tratamiento de enfermedades crónicas, como el cáncer⁽²⁰⁾.

Además, la literatura muestra cuán indispensable es el apoyo social y familiar cuando se trata de respuestas favorables al tratamiento y perspectivas de vida de las personas con cáncer. Este tipo de apoyo psicológico ofrecido por la red de apoyo social y familiar, ayuda en la gestión de sentimientos y emociones, que pueden limitar o motivar a la persona frente al diagnóstico y tratamiento⁽²⁰⁻²¹⁾.

En cuanto a la ayuda para afrontar los cambios provocados por el cáncer desde una perspectiva positiva, los estudios relatan que el rol de amigo tiene características distintas de las de los familiares, por estar menos involucrado en el estrés diario que genera la enfermedad y su tratamiento. Esto lo hace más apto y emocionalmente preparado para ofrecer asistencia y apoyo a los pacientes en tratamiento, involucrándolos en una postura más activa frente a las adaptaciones necesarias^(20,22).

Aunque se han analizado muchas variables demográficas como predictores de la operacionalización del autocuidado, ninguna variable sociodemográfica resultó estadísticamente significativa en este estudio. Sin embargo, el sexo, el nivel socioeconómico y la educación del individuo se encuentran comúnmente en la literatura, como factores que influyen en la capacidad de autocuidado y deben considerarse en la práctica clínica^(21,23).

Es relevante que los profesionales de la salud conozcan las condiciones y variables que pueden proteger y/o influir en la adaptación de los pacientes crónicos a su nueva condición de salud⁽²⁰⁾. Igualmente se afirma que, después de un diagnóstico como el cáncer, es posible que muchos pacientes sean capaces de volver a dar significado a su vida, adoptando hábitos y conductas de vida con el fin de reestructurarse y vivir una vida más activa y saludable cuando se comprometen, aún más, con sus ocupaciones y sus relaciones familiares y sociales⁽²⁴⁾.

Los resultados de este estudio sugieren que para el cuidado de la salud a las personas con cáncer no solo se debe abarcar el manejo de los síntomas, sino también, los diferentes contextos de la vida, en los que la enfermedad y el tratamiento en sí pueden causar graves deterioros

funcionales. Estudios que apoyan acciones en este sentido cumplen con las recomendaciones de las políticas de salud pública orientadas al tratamiento humanizado de las personas con cáncer, que destacan la importancia de la atención integral y realizada por un equipo de salud multidisciplinario, con el objetivo de que la rehabilitación aumente las posibilidades de supervivencia al cáncer relacionadas con la CVRS.

Como se trata de un estudio transversal, los datos no se pueden generalizar a otras poblaciones. Además de las limitaciones del diseño del estudio, se cree que el número de participantes y la diversidad de tipos de cáncer dificultaron la realización de análisis estadísticos de correlación entre las variables. Se sugieren más aclaraciones sobre la relación entre posibles cambios en el desempeño de roles ocupacionales y la capacidad de autocuidado en personas con cáncer, incluso antes del inicio de la quimioterapia antineoplásica, mediante futuros estudios de carácter metodológico longitudinal.

Este estudio puede contribuir al conocimiento de que el impacto de los síntomas derivados del tratamiento de quimioterapia antineoplásica en las actividades de la vida y el mayor grado de importancia atribuido a los roles ocupacionales de voluntario y amigo, son predictores relevantes, para asociarse con la operacionalización del autocuidado.

Conclusión

Los resultados mostraron que existen síntomas que tienen una mayor interferencia en relación al área de la vida cuando involucran actividades en general. Al analizar el desempeño de los roles ocupacionales, se observó que el rol del trabajador y el rol del servicio doméstico mostraron una mayor pérdida de desempeño en el presente, en comparación con el desempeño en el pasado. El resultado obtenido por regresión lineal mostró que cuanto mayor es la interferencia de los síntomas en las actividades de la vida y cuanto mayor es el grado de importancia atribuido al rol de amigo, mayor es el autocuidado de los participantes. Existen síntomas que pueden perjudicar al paciente en tratamiento de quimioterapia antineoplásica y comprometer el autocuidado y el desempeño de los roles.

Referencias

1. Ream E, Hughes AE, Cox A, Skarparis K, Richardson A, Pedersen VH, et al. Telephone interventions for symptom management in adults with cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;6:CD007568. doi: 10.1002/14651858.CD007568.pub2
2. Sawada NO, Nicolussi AC, Paula JM, Garcia-Caro MP, Marti-Garcia C, Cruz-Quintana F. Quality of life of Brazilian

- and Spanish cancer patients undergoing chemotherapy: an integrative literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2688. doi: 10.1590/1518-8345.0564.2688
3. Pearce A, Haas M, Viney R, Pearson SA, Haywood P, Brown C, et al. Incidence and severity of self-reported chemotherapy side effects in routine care: A prospective cohort study. *PLoS One*. 2017;12(10):e0184360. doi: 10.1371/journal.pone.0184360
 4. Li YX, Jiang YL, Yi YP, Liu WL, Tang YX, Liu YX, et al. Application of auricular acupoints therapy in relieving the gastrointestinal side effects induced by chemotherapy: an integrative review. *Chinese Nurs Res*. 2016;3(2):58-61. doi: 10.1016/j.cnre.2016.06.004
 5. Arantes TC, Martins VE, Mendes AS, Silva AM, Nicolussi AC. Factors associated with depression in cancer patients during chemotherapy. *Rev Rene*. 2019;20:e41647. doi: 10.15253/2175-6783.20192041647
 6. Schulman-Green D, Jaser SS, Park C, Whittemore R. A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *J Adv Nurs*. 2016;72(7):1469-89. doi: 10.1111/jan.12902
 7. Stacciarini TS, Pace AE. Translation, adaptation and validation of a self-care scale for type 2 diabetes patients using insulin. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):221-9. doi: 10.1590/1982-0194201400038
 8. Akin S, Guner CK. Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019;28(1):e12898. doi:10.1111/ecc.12898
 9. Santos CA, Santos JL. The performance of elderly's occupational roles with and without depressive symptoms in geriatric monitoring. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(2):273-83. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14075
 10. Louzada KR, Brevideilli MM, Baiocchi O, Domenico EB. Telephone counseling: identification of symptoms in patients with lymphoma undergoing antineoplastic chemotherapy. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(6):616-26. doi: 10.1590/1982-0194201800085
 11. Cordeiro JR, Camelier A, Oakley F, Jardim JR. Cross-cultural reproducibility of the pulmonary disease. *Am J Occup Ther*. 2007;61(1):33-40. doi: 10.5014/ajot.61.1.33
 12. Kolankiewicz ACB, Domenico EBL, Lopes LFD, Magnago TSBS. Portuguese validation of the Symptom Inventory of the M.D. Anderson Cancer Center. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):999-1005. doi: 10.1590/S0080-623420140000700006
 13. Santos EGA, Souza JC, Santos ALS, Santos MIPO, Oliveira TNC. Clinical and epidemiological profile of the elderly undergoing anti-neoplastic chemotherapy attended in a oncology reference hospital of Pará State, Brazil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2017;8(2):45-54. doi: 10.5123/s2176-62232017000200006
 14. Simão DAS, Aguiar ANA, Souza RS, Captein KM, Manzo BF, Teixeira AL. Quality of life, symptoms of depression and anxiety at the beginning of chemotherapy cancer treatment: challenges to care. *Enferm Foco*. 2017;8(2):82-6. doi: 10.21675/2357-707X.2017.v8.n2.874
 15. Sacramento RS, Simião LJ, Viana KCG, Andrade MAC, Amorim MHC, Zandonade E. Association of sociodemographic and clinical variables with time to start prostate cancer treatment. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(9):3265-74. doi: 10.1590/1413-81232018249.31142017
 16. Papadakos JK, Hasan SM, Barnsley J, Berta W, Fazelzad R, Papadakos CJ, et al. Health literacy and cancer self-management behaviors: a scoping review. *Cancer*. 2018;124(21):4202-10. doi: 10.1002/cncr.31733
 17. American Cancer Society (ACS). *Cancer Facts & Figures 2017*. [Internet]. Atlanta: ACS; 2017 [cited Sep 1, 2020]. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>
 18. Basch E, Deal AM, Kris MG, Scher HI, Hudis CA, Sabbatini P, et al. Symptom monitoring with patient-reported outcomes during routine cancer treatment: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2016;34(6):557-65. doi: 10.1200/JCO.2015.63.0830
 19. Moth E, McLachlan SA, Veillard AS, Muljadi N, Hudson M, Stockler MR, et al. Patients' preferred and perceived roles in making decisions about adjuvant chemotherapy for non-small-cell lung cancer. *Lung Cancer*. 2016;95:8-14. doi: 10.1016/j.lungcan.2016.02.009
 20. Villoria E, Fernández C, Padierna C, González S. La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Psicooncología*. 2016;12(2-3):207-36. doi: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51005
 21. Arber A, Odelius A, Williams P, Lemanska A, Faithfull S. Do patients on oral chemotherapy have sufficient knowledge for optimal adherence? A mixed methods study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(2):e12413. doi: 10.1111/ecc.12413
 22. Marchi JA, Paula CC, Girardon-Perlini NMO, Sales CA. The meaning of being-a-caregiver of a dependent relative suffering from cancer: palliative contributions. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):e0760014. doi: 10.1590/0104-07072016007600014
 23. Visentin A, Mantovani MF, Kalinke LP, Boller S, Sarquis LMM. Palliative therapy in adults with cancer: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):252-8. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0563
 24. Brekke MF, la Cour K, Brandt Å, Peoples H, Wæhrens EE. The association between ADL ability and quality of life among people with advanced cancer. *Occupational*

Therapy International. 2019;(2019):1-10. doi:
10.1155/2019/2629673

Contribución de los autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Leidiane Mota De Oliveira Chagas, Elizabeth Barichello. **Obtención de datos:** Leidiane Mota De Oliveira Chagas, Fabiano Henrique Oliveira Sabino. **Análisis e interpretación de los datos:** Leidiane Mota De Oliveira Chagas, Fabiano Henrique Oliveira Sabino, Maria Helena Barbosa, Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo, Elizabeth Barichello. **Análisis estadístico:** Leidiane Mota De Oliveira Chagas, Fabiano Henrique Oliveira Sabino, Elizabeth Barichello. **Redacción del manuscrito:** Leidiane Mota De Oliveira Chagas, Maria Helena Barbosa, Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo, Luana Foroni Andrade, Elizabeth Barichello. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Leidiane Mota De Oliveira Chagas, Maria Helena Barbosa, Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo, Luana Foroni Andrade, Elizabeth Barichello.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 03.02.2020

Aceptado: 21.08.2020

Editora Asociada:

Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Elizabeth Barichello

E-mail: lizabarichello@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7764-032X>