

Evaluación de la autoestima en pacientes oncológicos sometidos a tratamiento quimioterápico¹

Marília Aparecida Carvalho Leite²

Denismar Alves Nogueira³

Fábio de Souza Terra⁴

Objetivo: evaluar la autoestima de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia. Método: estudio descriptivo-analítico; transversal; cuantitativo. Participaron 156 pacientes de una unidad de oncología de un hospital general de medio porte. Resultados: se encontró mayor frecuencia de pacientes que presentaron autoestima alta, algunos de los cuales presentaron autoestima media o baja. La escala presentó valor alfa de Cronbach de 0,746, teniendo en cuenta su consistencia interna buena y aceptable para los ítems evaluados. Ninguna variable independiente presentó asociación significativa con la autoestima. Conclusión: los pacientes oncológicos evaluados presentaron autoestima alta; por lo tanto, resulta crucial que la enfermería planee la asistencia de los pacientes en tratamiento quimioterápico, permitiendo acciones y estrategias que atiendan los mismos acerca de su estado físico, así como al psicosocial, teniendo en cuenta el mantenimiento y la rehabilitación de aspectos emocionales de estas personas.

Descriptores: Autoimagen; Neoplasias; Quimioterapia; Enfermería Oncológica.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico", presentada en la Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

² MSc, Enfermera, Hospital Universitário Alzira Velano, Alfenas, MG, Brasil.

³ PhD, Profesor Adjunto, Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

Correspondencia:

Marília Aparecida Carvalho Leite
Universidade Federal de Alfenas
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Centro
CEP: 37130-000, Alfenas, MG, Brasil
E-mail: lyla.leite@hotmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

El cáncer es un problema grave de salud pública en Brasil, así como en todo el mundo, agravado en los últimos años debido al envejecimiento de la población en los países en desarrollo como Brasil. Esta es una enfermedad diferente de otras enfermedades crónicas en virtud de su patología que puede conducir a deformidades, dolor y mutilaciones, aportando así un gran impacto psicológico, resultando en sentimientos negativos desde el momento del diagnóstico⁽¹⁻²⁾.

Las últimas dos décadas han sido testigos de un avance considerable en el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Se destacan como las principales formas de tratamiento del cáncer: la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, la hormonoterapia, la inmunoterapia y la terapia combinada, que puede ser la combinación de todas las formas de tratamiento del cáncer⁽³⁾.

El uso de quimioterapia antineoplásica se ha convertido en una de las maneras más importantes y promisoras de combatir el cáncer. Sin embargo, varios factores deben ser señalados en su planificación, entre ellos la edad del paciente; su estado nutricional; las funciones renales, hepáticas y pulmonares, la presencia o ausencia de infección, el tipo de tumor, la presencia de metástasis y la condición de la vida del paciente⁽⁴⁻⁵⁾.

Es notorio señalar que el paciente puede tener su equilibrio psicológico amenazado por los cambios que serán necesarios en el curso de la enfermedad y de los tratamientos, incluso los cambios en su autoestima. Con eso, la adaptación o ajuste psicosocial al cáncer es un proceso durante el cual cada persona busca el control del sufrimiento, resolver problemas específicos y alcanzar algún control sobre los eventos desencadenados por la enfermedad⁽⁶⁾.

La autoestima puede ser definida como ausencia de afecto positivo que el individuo tiene de sí mismo, siendo de gran relevancia en su relación con los otros, lo que estimula su desempeño acerca de sus objetivos⁽⁷⁾.

Con respecto al tratamiento del cáncer, el paciente puede hacer frente a posibles cambios en la apariencia física, limitaciones e impedimentos de actividades rutinarias que a menudo añadieron a la quimioterapia, al estigma de la enfermedad, a la dificultad para enfrentar el tratamiento y sus efectos secundarios, y a la rehabilitación después del tratamiento. Con eso, estos pacientes pueden tener problemas psicológicos, como cambios en su autoestima, una vez que su percepción de la imagen corporal está relacionada con esta nueva condición de vida⁽⁸⁾.

Dada la alta incidencia de personas afectadas por el cáncer, es necesario estar atento no sólo al diagnóstico precoz y al tratamiento adecuado, sino también a la percepción que el sujeto tiene sobre su vida, para que él pueda obtener un buen índice de calidad de vida. También se hace necesario que su estado emocional, aunque trastornado, permanezca sano⁽⁹⁾.

De esta manera, la autoestima que instiga a las actitudes de aprobación con respecto a la capacidad y valor que el individuo tiene de sí mismo se desarrollará del estado emocional, del cual su nivel de confianza se relacionará⁽⁷⁾.

A partir de estas consideraciones y mediante un número pequeño de estudios que abordan la autoestima en pacientes con cáncer y en tratamiento quimioterápico, se justificó la realización de este estudio, a fin de que este tema pueda sensibilizar a los trabajadores del área de salud para cuestiones relativas a la atención de los pacientes con cáncer. Así, será posible mejorar la calidad de la relación profesional/paciente/familia/institución, para obtener una mayor adhesión de estos pacientes al tratamiento y contribuir al desarrollo de estrategias destinadas a humanizar y a integrar la asistencia, con el fin de mejorar la autoestima de los pacientes con cáncer durante el tratamiento quimioterápico, así como la interacción paciente/equipo de enfermería.

En relación a esto, se optó por realizar este estudio con el objetivo de evaluar la autoestima de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en un municipio del sur de Minas Gerais.

Método

Se trata de un estudio descriptivo-analítico, de corte transversal y enfoque cuantitativo, desarrollado en una unidad de oncología de un hospital general de medio porte, situado en un municipio del sur del Estado de Minas Gerais. En este servicio, existían aproximadamente 225 pacientes en tratamiento quimioterápico y el resto estaba en acompañamiento, pero sin la realización de quimioterapia.

De esta manera, mediante muestreo aleatorio, el cálculo de la muestra determinó una muestra de 142 pacientes. Sin embargo, los datos fueron recogidos de los 156 pacientes que utilizan el servicio de oncología del hospital y que recibían un tratamiento quimioterápico, componiendo así la muestra final de este estudio.

La recolección de datos se produjo de enero a mayo del año 2013. Para esta etapa, se utilizó un cuestionario semiestructurado con variables sociodemográficas,

relacionadas al tratamiento y a los malos hábitos de la vida. Este instrumento ha sufrido un proceso de refinación, mediante la evaluación de cinco jueces: tres con experiencia en "oncología", un en "autoestima" y un con experiencia en construcción y validación de instrumentos de investigación. Más tarde, fue sometido a una prueba piloto para comprobar la comprensión de las cuestiones por los sujetos y la necesidad de adecuación del vocabulario, con 10 pacientes de la misma población de estudio. Cabe señalar que los individuos que participaron de este proceso no fueron descartados de la muestra final, puesto que los individuos no demostraron ninguna dificultad para responderlo, y también no fueron necesarias modificaciones en el instrumento durante esta fase.

Para la evaluación de la autoestima, se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg. El instrumento original, versión en inglés, fue elaborado por Rosenberg en 1965, y su versión fue traducida y validada para el portugués en el año 2001⁽⁹⁾.

Esta es una escala de tipo Likert, de 4 puntos, que contiene 10 ítems para evaluar la autoestima mediante una sola dimensión, en que 5 de estos evalúan sentimientos positivos del individuo acerca de sí mismo y 5 evalúan sentimientos negativos. Se suman las puntuaciones obtenidas mediante la evaluación de las 10 sentencias para calcular la puntuación, totalizando, así, un valor único para la escala. El intervalo posible para esta escala es de 10 (10 ítems multiplicados por el valor 1) a 40 (10 ítems multiplicados por el valor 4)⁽⁹⁾.

La clasificación de la autoestima se define por la siguiente escala: autoestima alta (satisfactoria) - puntuación mayor que 30 puntos, mediana - puntuación entre 20 y 30 puntos y baja (insatisfactoria) - puntuación menor que 20 puntos⁽⁹⁾.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) según Protocolo nº91928/2012. Se solicitó la autorización previa de la administración de la institución donde el estudio fue llevado a cabo, así como la firma del Término de Consentimiento Libre e Aclarado (TCLA) por los participantes de la encuesta, siendo el anonimato y el derecho de desistimiento garantizado en cualquier etapa, conforme la Resolución 466/2012, que se ocupa de Investigación Envolviendo Seres Humanos⁽¹⁰⁾.

La hoja de cálculo del MS-Excel, versión 2010, se utilizó para la elaboración de la base de datos en doble digitación. Entonces, para el análisis estadístico

descriptivo e inferencial de los datos, se utilizó el *software Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versión 17.0.

La evaluación de la fiabilidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg y su consistencia interna se efectuó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Para el análisis bivariado de las variables independientes con la medida de autoestima, se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado o exacto de Fisher.

En este estudio, se adoptó el nivel de significancia del 5%, es decir, los datos fueron estadísticamente significativos para $p < 0,05$ y, en el final de estos análisis, se presentaron los datos en tablas, con valores absolutos y porcentuales, y las variables numéricas con estadística descriptiva.

Resultados

En la muestra total, hubo mayor frecuencia de pacientes del sexo masculino; con edades entre 51 y 60 años (51,9%, mediana 61), casados(as) o que viven con pareja (64,1%), con 1 a 5 hijos (71,8%, mediana 2), católicos (80,8%), jubilados o pensionistas (57,0%), personas que viven en casa propia (85,9%), con ingreso familiar mensual entre 651 a 1.200 reales (58,3%, mediana 800), habiendo completado la escuela primaria (61,6%), residentes en municipios vecinos a Alfenas, MG (74,4%), sedentarios (75,6%), no fumadores (80,1%); sin embargo, los que fumaban asumieron que fumaban hasta 10 cigarrillos al día (77,4%, mediana 4); los que afirmaron ya haber fumado (57,6%) dijeron que fumaron por 10 a 20 años (55,6%, mediana 19,50), y que dejaran el tabaquismo hasta 10 años (45,8%, mediana 13), no consumidores de bebidas alcohólicas (60,9%), siendo que de los que afirmaron consumir bebidas alcohólicas fueron clasificados como usuarios leves (utilizaron bebidas alcohólicas en el último mes, pero el consumo fue menor que una vez a la semana), y todos (100,0%) relataron que son atendidos por el Sistema Unificado de Salud (SUS).

Perteneciente a la variable tipo de cáncer, la categoría "otro" (peritoneo; glándula parótida, boca, próstata, laringe, piel, leucemia, testículo, linfático, ovario, linfoma de Hodking y no Hodking, hígado, páncreas, uretra, cerebro y vejiga) obtuvo, entre los encuestados, un 32,1%. En cuanto al estadio de la enfermedad, la categoría no "informado" tuvo mayor frecuencia entre los participantes (42,3%). Sin embargo, se destaca que las etapas 3 y 4 juntas representan el 37,2% de la muestra total (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de los pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico en las variables "tipo de cáncer" y "estadio". Alfenas, MG, Brasil, 2013

Variables	f	%
Tipo de cáncer		
Otro	50	32,1
Mama	31	19,9
Intestino	22	14,1
Hueso	18	11,5
Pulmón	13	8,3
Útero	8	5,1
Estómago	7	4,5
Esófago	7	4,5
Total	156	100,0
Estadio		
Estadio 0	1	0,6
Estadio 1	3	2,0
Estadio 2	28	17,9
Estadio 3	39	25,0
Estadio 4	19	12,2
No informado	66	42,3
Total	156	100,0

Con respecto al tiempo de diagnóstico del cáncer actual, los encuestados informaron haber recibido el diagnóstico hasta 6 meses (53,2%, mediana 6). En relación al tiempo de quimioterapia, la categoría "hasta 6 meses" también tuvo destaque entre los participantes (61,5%, mediana 5). La categoría "hasta 6 sesiones de quimioterapia", perteneciente a la variable "sesiones de quimioterapia", fue citada por la mayoría de los encuestados (54,5%, mediana 5) (Tabla 2).

Respecto a la variable "otro tratamiento más allá de la quimioterapia", los pacientes (51,3%) afirmaron no haber hecho otra terapéutica. Sin embargo, de los que han realizado otro recurso terapéutico, la cirugía obtuvo mayor destaque (52,6%). En cuanto a haber tenido cáncer en otro órgano, la muestra refirió "no" en el 75,0% de los casos. Sin embargo, es notorio señalar que, de los pacientes que ya han tenido cáncer en otro órgano, hubo mayor frecuencia en la categoría "próstata", con el 34,2% (Tabla 3).

Centrándose en la presencia de enfermedad crónica, el 51,9% de los pacientes negó tal indagación. Sin embargo, de los que declararon poseer alguna enfermedad crónica (48,1%), la mayor parte la presenta de manera única (85,3%). La enfermedad que tuvo mayor frecuencia en la respuesta de los participantes fue la hipertensión arterial, con el 100%; pero es notorio resaltar otras enfermedades mencionadas por los encuestados, como *diabetes mellitus*, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertiroidismo, hipotiroidismo, neurocisticercosis y esófago de Barrett.

Tabla 2 - Distribución de los pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico en conformidad con las variables "tiempo de diagnóstico del cáncer actual", "tiempo de quimioterapia" y "número de sesiones de quimioterapia". Alfenas, MG, Brasil, 2013

Variables	f	%
Tiempo de diagnóstico del cáncer actual		
Hasta 6 meses	83	53,2
7 a 12 meses	49	31,4
13 a 18 meses	10	6,5
19 a 24 meses	13	8,3
Más de 24 meses	1	0,6
Total	156	100,0
Tiempo de quimioterapia		
Hasta 6 meses	96	61,5
7 a 12 meses	45	28,8
13 a 18 meses	10	6,4
19 a 24 meses	5	3,3
Total	156	100,0
Sesiones de quimioterapia		
Hasta 6 sesiones	85	54,5
7 a 12 sesiones	56	35,9
13 a 18 sesiones	9	5,8
19 a 24 sesiones	6	3,8
Total	156	100,0

Tabla 3 - Distribución de los pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico equivalente a las variables "en secuencia otro tratamiento", además de la quimioterapia, cual es el tratamiento, otro tipo de cáncer y local. Alfenas, MG, Brasil, 2013

Variables	f	%
Otro tratamiento además de la quimioterapia		
Sí	76	48,7
No	80	51,3
Total	156	100,0
Tipo de tratamiento*		
Cirugía	40	52,6
Radioterapia	23	30,3
Cirugía/radioterapia	13	17,1
Total	76	100,0
Cáncer en otro órgano		
Sí	38	25,0
No	117	75,0
Total	156	100,0
Local del cáncer†		
Próstata	13	34,2
Mama	10	26,3
Otro	9	21,1
Intestino	4	10,5
Pulmón	2	5,3
Total	38	100,0

*Sólo los pacientes que hicieron otro tratamiento además de la quimioterapia

†Sólo los pacientes que han tenido cáncer en otro local

De la muestra total, el 51,9% de los encuestados alegaron no utilizar medicamentos de uso continuo. Sin embargo, de los que se han comprometido a utilizar alguna droga cotidianamente (48,1%), la mayoría utiliza de forma única (85,3%). El grupo farmacológico más utilizado por estos pacientes fueron los antihipertensivos (100,0%), seguidos por los hipoglicemiantes, hormonas tiroideas, broncodilatadores, anticonvulsivos, antiácidos y antiulcerosos.

En la variable "evento importante en la vida", el 57,7% de los encuestados se opuso a la ocurrencia de tal cuestionamiento. Sin embargo, de los pacientes que han sufrido un hecho importante en el último año (42,3%), el más citado, con 39,3% de las respuestas, fue la pérdida o muerte de un ser querido, seguido por el nacimiento de hijo o nieto (27,2%). Otros acontecimientos importantes citados por la población de estudio y que merecen ser mencionados fueron: fiestas conmemorativas (21,2%), diagnóstico de la enfermedad en un ser querido (4,5%), separación de la pareja o de familiares (3%) y el encarcelamiento de familiares (3%).

Para la evaluación de la consistencia interna del instrumento utilizado, la Escala de Autoestima de Rosenberg, fue aplicado el coeficiente interno alfa de Cronbach, que tuvo un valor de 0,746. Así, se consideró la consistencia interna buena y aceptable para los ítems evaluados y correlacionados entre sí, lo que indica homogeneidad.

Con respecto a la clasificación de la autoestima, fue posible constatar que la mayoría de la muestra consiste de pacientes con autoestima alta, con el 70,5%, seguido por el 28,2% con promedio y el 1,3% considerado con baja autoestima (Tabla 4).

Tabla 4 - Distribución de los pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico, según la clasificación de la autoestima basado en los puntos de corte. Alfenas, MG, Brasil, 2013

Clasificación de la autoestima	f	%
Autoestima alta	110	70,5
Autoestima mediana	44	28,2
Autoestima baja	2	1,3
Total	156	100,0

Se identificó en este estudio que ninguna de las siguientes variables analizadas presentó asociación significativa con la medida de la autoestima: sexo ($p=0,172$), franja etaria ($p=0,549$), estado civil ($p=0,363$), número de hijos ($p=0,344$), ingreso mensual familiar ($p=0,430$), educación ($p=0,777$),

ocupación ($p=0,067$), creencia religiosa ($p=0,160$), práctica de ejercicios físicos ($p=0,994$), tabaquismo ($p=0,777$), consumo de bebida alcohólica ($p=0,413$), tipo de cáncer ($p=0,432$), estadio de la enfermedad ($p=0,956$), tiempo de diagnóstico del cáncer ($p=0,853$), tiempo de tratamiento quimioterápico ($p=0,803$), número de sesiones de quimioterapia ($p=0,708$), otro tipo de tratamiento para el cáncer, además de la quimioterapia ($p=0,836$), presencia de cáncer en otro órgano ($p=0,839$), presencia de enfermedad crónica ($p=0,457$), uso de medicamentos continuos ($p=0,457$) y acontecimiento notorio en la vida ($p=0,585$).

Discusión

La autoestima está relacionada a cómo se ven las personas a sí mismas y puede tener características estables, así como otras maleables y adaptables. Por lo tanto, el autoconcepto puede experimentar cambios momentáneos, como cuando un individuo se compara con alguien extremadamente exitoso. Con esto, será posible sentir cierto contraste que inevitablemente se traduce en una reducción o aumento de la autoestima⁽¹¹⁾.

En una investigación realizada con 48 mujeres que realizaron cirugía de cáncer de mama, con el objetivo de analizar la autoestima, los autores encontraron en mayor parte (54,1%) mujeres presentando autoestima alta⁽¹²⁾, lo que está en consonancia con los resultados del presente estudio, en el que hubo una mayor frecuencia de pacientes con autoestima alta.

Cabe mencionar que la persona con autoestima alta se siente segura y valiosa pues tiene, con respecto a sí misma, afecto positivo, creyendo en la propia competencia, con capacidad para enfrentar los desafíos que se imponen, adaptándose así a las distintas situaciones. De esta manera, la persona con cáncer y en tratamiento quimioterápico, presentando autoestima alta, puede ver la vida de otra manera y, en consecuencia, afrontar la enfermedad y el tratamiento de manera diferente de la de los pacientes que presentan autoestima baja⁽¹²⁾.

Es relevante señalar que la ocupación profesional tiene estrecha relación con la evaluación general que el individuo elabora de sí, lo que puede interferir en el aumento de su autoestima, o sea, la insatisfacción profesional, como la sensación de incompetencia y de dependencia, puede afectar su autoestima. En esta condición, la mayoría de los pacientes evaluados eran jubilados o pensionistas⁽¹³⁾.

En relación a la creencia religiosa, una investigación que tuvo la población con las mismas características de este estudio mostró que de los pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico evaluados, 101 participantes se definieron como católicos (86%)⁽¹⁴⁾, lo que está de acuerdo con este estudio, en el que hubo predominio del catolicismo entre los evaluados.

Cuando la autoestima es amenazada por algún acontecimiento negativo, como en el caso de una enfermedad crónica como el cáncer, el individuo puede desarrollar aumento en los niveles de ansiedad, y buscar así alternativas para resolver la situación. En muchos casos, las formas son inadecuadas o perjudiciales a la salud, como el consumo de alcohol. La adopción de comportamientos relacionados con la salud se ha relacionado con la insatisfacción del sujeto sobre sí mismo, con tendencia a fumar. Por lo tanto, es de fundamental importancia evaluar el consumo de cigarrillos y alcohol en pacientes con cáncer y en tratamiento quimioterápico para que se pueda hacer un trabajo conjunto para estos pacientes, y prevenir el agravamiento del estado de salud⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

No hay dudas de que el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos afectan negativamente la imagen que los pacientes tienen de su propio cuerpo, resultando en trastornos afectivos y cambios en la autoestima. Un tipo de neoplasia que puede causar cambios en la imagen corporal de las mujeres es el cáncer de mama. En estudio con 72 mujeres se mostró que hay varios factores que permean el impacto del cáncer de mama y su tratamiento en la autoestima de los pacientes. La mayor parte de los factores se basa en la edad del paciente, en la etapa de la evolución de la enfermedad, así como en los tipos de tratamientos adoptados contra el cáncer. Sin embargo, ni el nivel de educación o el estado civil y el tipo de cirugía de mama fueron asociados con la autoestima expresada por las pacientes, siendo sólo una relación positiva entre el nivel de autoestima y la percepción general sobre la calidad de vida⁽¹⁷⁾.

Es importante señalar que la experiencia del diagnóstico y del tratamiento es específica para cada individuo; sin embargo, las angustias, los temores, las preocupaciones y la ansiedad son sentimientos que acompañan los pacientes oncológicos, desde el diagnóstico hasta el final del tratamiento⁽⁶⁾.

Según los datos de este estudio con respecto a la autoestima baja o mediana y a la frecuencia de individuos que hicieron otro tratamiento además de la quimioterapia, es importante destacar la cirugía. Ella es necesaria en prácticamente todos los casos y

provoca cambios en el autoconcepto y en la imagen corporal de los pacientes que la enfrentan, ya que es vista como agresiva y preocupante, provocando cambios emocionales como nerviosismo, irritación, incertidumbre y conflictos. La falta de información relacionada con el dolor y las limitaciones físicas que tendrán en el posoperatorio son factores que pueden agravar estos conflictos emocionales y sociales que estos pacientes viven⁽¹²⁾.

Mediante estas encuestas, es importante resaltar la relevancia de la actuación de la enfermería en la identificación de las necesidades presentadas por pacientes que han pasado o pasarán por procedimiento quirúrgico, así como otros tratamientos no quimioterápico. Una propuesta viable sería la formación de grupos que tuvieran como enfoque el apoyo, el mantenimiento y/o la restauración de la autoestima de estos pacientes, una vez que la rehabilitación física y psicosocial no se agota con el fin de los tratamientos⁽¹²⁾.

También se destaca que el bajo nivel de confrontación social, así como la capacidad para resolver problemas en los pacientes con cáncer influyen en la visión que tienen de sí mismos, lo que interfiere directamente en sus expectativas y, por lo tanto, resulta en autoestima baja. En relación a la frecuencia de participantes de este estudio que vivieron un evento importante en la vida y en la autoestima, se dice que, cuando ese acontecimiento es la muerte de un ser querido - el evento más citado por los sujetos de este estudio -, a veces los familiares utilizan la ayuda de recursos religiosos para entender esta situación, con el fin de proporcionar una explicación para lo inevitable en busca de apoyo para su aflicción⁽⁷⁻¹⁸⁾.

De esta manera, la muerte de un ser querido puede estar vinculada a la ruptura del bienestar, condición que afecta la rutina en el trabajo y en la vida social y familiar, llevando a cambios del estado psicológico, entre los cuales la autoestima. Con esto, es necesario que los profesionales, incluso los del área de enfermería, hagan una evaluación cuidadosa y extensa, y que no sólo centren en el cuadro clínico, es decir, en las quejas y síntomas, sino en todo el aspecto biopsicosocial del individuo⁽¹⁹⁾.

Conclusión

Se concluye que los pacientes oncológicos evaluados en este estudio presentaron autoestima alta, algunos de los cuales presentaron autoestima mediana o baja. De esta manera, es complejo analizar la autoestima en pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico,

pues involucra características particulares de cada individuo, lo que afecta a la manera de afrontar la enfermedad y el tratamiento. Esto se convierte aún en un gran desafío porque el conocimiento producido sobre este tema acerca de esta población se limita a promover una comprensión más perspicaz de la enfermedad.

Es importante destacar que este estudio presentó limitaciones en relación con el diseño transversal de la investigación, que no permitió un mejor establecimiento de la relación causa-efecto de los resultados. Sin embargo, se asume la relevancia de esta investigación para describir las características de la población y la posible asociación de las variables dependientes e independientes, incluso al no encontrar en este estudio la asociación de las variables independientes con la medida de autoestima.

Otro factor limitador fue el tamaño de la muestra, que no permitió un análisis estadístico sólido de las variables que pueden tener asociación con el nivel de autoestima de los sujetos evaluados. Por fin, la tercera limitación se refiere a la dificultad para recopilar los datos sobre la variable "estadio de la enfermedad", ya que muchos pacientes no supieron decir la etapa en la cual se encontraban y, en la mayoría de los prontuarios, esta información fue ignorada.

Mediante estos resultados, se infiere la necesidad de desarrollar estudios longitudinales, con el objetivo de evaluar la autoestima de estos pacientes en las diferentes etapas del tratamiento quimioterápico (inicio, medio y fin de la quimioterapia).

Por lo tanto, la enfermería debe promover la participación de estrategias y acciones en su asistencia que busquen el mantenimiento de la autoestima de los pacientes en tratamiento quimioterápico, y que ofrezcan soporte a aquellos que tienen necesidad de cuidados, puesto que la rehabilitación psicosocial no termina después de cierto período del descubrimiento del cáncer, así como al final del tratamiento.

Referencias

1. Nakashima JP, Koifman RJ, Koifman S. Incidência de câncer na Amazônia ocidental: estimativa de base populacional de Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2009. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2125-32.
2. Salci MA, Marcon SS. Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. *Esc Anna Nery*. 2009;13(3):558-66.
3. Soares EM, Silva SR. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(4):517-22.
4. Nicolussi AC, Sawada NO. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):151-61.
5. Jorge LLR, Silva SR. Evaluation of the Quality of Life of Gynecological Cancer Patients Submitted to Antineoplastic Chemotherapy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(5):849-55.
6. Souza JR, Araújo TCCF. Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estud Psicol*. 2010;27(2):187-96.
7. Garzon OE, Salazar LPM, Barrero JAC, Chavarro AS, Toro GIC, Vernaza MBG. Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychol Av Discip*. 2014;8(1):77-83.
8. Bertan FC, Castro EK. Quality of Life, Anxiety and Depressions Indicators and Sexual Satisfaction in Adult Patients with Cancer. *Rev Salud Soc*. 2010;1(2):76-88.
9. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2004;19(1):41-2.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Ramos M. Adaptação para uma população de estudantes universitários portugueses da escala de autoestima de estado de Heatherton e Policy. *Psicologia*. 2014;28(1):32-8.
12. Gomes NS, Silva SR. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(3):509-16.
13. Peixoto F, Almeida LS. Self-concept, Self-esteem and Academic Achievement: Strategies for Maintaining Self-esteem in Students Experiencing Academic Failure. *Eur J Psychol Educ*. 2010;25(2):157-75.
14. Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. The use of Religious/Spiritual Coping among Patients with Cancer Undergoing Chemotherapy Treatment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(2):539-45.
15. Aguirre AA, Castillo MMA, Zanetti ACG. Adolescent Self-Steem and its Relationship to the Alcohol Risk Consumption. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(esp.):634-40.
16. Martins CR, Gordia AP, Silva DAS, Quadros TMB, Ferrari EP, Teixeira DM, et al. Insatisfação com a imagem

corporal e fatores associados em universitários. *Estud Psicol.* 2012;17(2):241-6.

17. Rincón M.E, Pérez MA, Borda M, Martín A. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Univ Psychol.* 2012;11(1):25-41.

18. Mendes JA, Lustosa MA, Andrade MCM. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Rev SBPH.* 2009;12(1):151-73.

19. Campos MTFS. Uma influência do luto no comportamento alimentar e suas implicações nas condutas nutricionais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(9):2769-79.

Recibido: 16.11.2014

Aceptado: 18.5.2015