



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **Efectividad de la intervención de enfermería Proactive para el automanejo de síntomas en hombres con cáncer de próstata en tratamiento**

**Lina Rocío Corredor Parra**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2023



# **Efectividad de la intervención de enfermería Proactive para el automanejo de síntomas en hombres con cáncer de próstata en tratamiento**

**Lina Rocío Corredor Parra**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:  
**Doctor en enfermería**

Director (a):

PhD. Gloria Mabel Carrillo González

Línea de Investigación:

Práctica de Enfermería

Grupo de Investigación:

Cuidado y práctica de enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2023



*Dedicado a:*

Dios, por estar presente siempre.

A mi esposo, Fernando González por el apoyo incondicional  
durante todo el proceso.

A mi hijo, Nicolás por la paciencia y ser la motivación en cada proyecto de mi vida.

A mi madre, por sus palabras de aliento y la confianza que ha depositado en mí.



## Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.

Lina Rocío Corredor P.

Lina Rocío Corredor Parra

Fecha 27/11/2023

## Agradecimientos

A Dios por todas y cada una de las bendiciones que ha puesto en mi camino, por demostrarme cada día su presencia en mi vida y en mi corazón.

A mi familia (Fernando, Nicolás, Gladys y Carlos) por su apoyo incondicional y constante durante todas las etapas de mi vida y en especial en ésta donde sin su presencia y ayuda no la hubiera podido finalizar satisfactoriamente.

A la profesora Mabel Carrillo, por su confianza, apoyo, paciencia y motivación durante mi vida académica posgradual.

A las docentes del programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia quienes con su conocimiento contribuyeron en mi formación académica.

A las directivas de Clínica Los Nogales por permitir desarrollar esta investigación en sus instalaciones y en especial al Enfermero Nelson Zapata por abrirme las puertas a la Institución.

A los compañeros y directivas del Programa de Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N Corpas por el apoyo y palabras de motivación durante el proceso formativo.

A los participantes, quienes abrieron su corazón en uno de los momentos más difíciles de sus vidas, y que, a pesar de esto, nunca les faltaron frases de apoyo y agradecimiento que me motivaban a seguir adelante con mi proyecto. Sin su colaboración esto no habría sido posible.

A Minciencias, por el apoyo económico brindado bajo el Marco de la Convocatoria de Becas de Excelencia Doctoral del Bicentenario Corte I.

## Resumen

### **Efectividad de la intervención de enfermería Proactive para el automanejo de síntomas en hombres con cáncer de próstata**

**Introducción:** El cáncer de próstata es el cáncer de mayor prevalencia en hombres. La enfermedad y el tratamiento generan síntomas urinarios, intestinales, sexuales, hormonales y emocionales que repercuten en el rendimiento funcional de los hombres quienes las padecen, el automanejo de los síntomas ha sido considerada desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una estrategia para permitir que los hombres puedan conocer mejor su enfermedad y generar habilidades para manejarla desde un ámbito domiciliario. **Objetivo:** Determinar la efectividad de la Intervención Proactive para el automanejo de síntomas y su repercusión en el rendimiento funcional, en personas con cáncer de próstata en tratamiento que asisten a la Unidad Oncológica de la Clínica Nogales entre 2022 y 2023. **Materiales y métodos:** Es un diseño experimental paralelo determinado por la conformación aleatoria de dos grupos con un tamaño de muestra de 100 participantes, 50 para el control (GC) que recibirá el cuidado habitual y 50 para el experimental (GI) al cual se implementó la intervención Proactive que consta de 4 sesiones presenciales en las cuales se le explicará cómo manejar los síntomas que presenta debido al cáncer de próstata y el tratamiento. Posteriormente se realizó el seguimiento telefónico para conocer el estado de salud a la semana 8 después de las sesiones presenciales. **Resultados:** la Intervención Proactive mejoró los niveles de autoeficacia en los participantes del GI, el rendimiento funcional (0,0001) además del automanejo de síntomas urinarios con diferencias estadísticamente significativas frente al GC. No se identificaron cambios en los síntomas obstructivos (valor  $P= 0.6$ ), síntomas sexuales y síntomas hormonales. **Conclusión:** La Intervención Proactive mejora el automanejo de síntomas en hombres con CP en tratamiento, además de la autoeficacia y el Rendimiento Funcional.

**Palabras clave:** automanejo, signos y síntomas, neoplasias de la próstata, Evaluación de Eficacia-Efectividad de Intervenciones.

**Registro de Ensayo Clínico:** Fecha de registro; 17/08/2022 ACTRN12622001131741

## Abstract

### **Effectiveness of the Prostatic nursing intervention for symptom self-management in men with prostate cancer**

**Introduction:** Prostate cancer is more prevalent in men. The disease and treatment generate urinary, intestinal, sexual, hormonal and emotional symptoms that impact the functional performance of men who suffer from them. Self-management of symptoms has been considered since the World Health Organization (WHO) as a strategy to allow men to better understand their disease and generate skills to manage it from a home environment.

**Objective:** Determine the effectiveness of the Prostatic Intervention for the self-management of symptoms and its impact on functional performance, in people with prostate cancer undergoing treatment who attend the Oncology Unit of the Nogales Clinic between 2022 and 2023. **Materials and methods:** It is a parallel experimental design determined by the random formation of two groups with a sample size of 100 participants, 50 for the control (CG) who will receive the usual care and 50 for the experimental (GI) to which the Prostatic intervention was implemented, which It consists of 4 face-to-face sessions in which you will be explained how to manage the symptoms you present due to prostate cancer and the treatment. Subsequently, telephone follow-up was carried out to determine the health status at week 8 after the face-to-face sessions. **Results:** the

Prostatic Intervention improved the levels of self-efficacy in the IG participants, functional performance (0.0001) in addition to the self-management of urinary symptoms with statistically significant differences compared to the CG. No changes were identified in obstructive symptoms (P value= 0.6), sexual symptoms, and hormonal symptoms.

**Conclusion:** The Prostatic Intervention improves symptom self-management in men with CP undergoing treatment, in addition to self-efficacy and Functional Performance.

**Keywords:** self-management, signs and symptoms, prostate neoplasms, Evaluation of Efficacy-Effectiveness of Interventions.

**Clinical Trial Registration:** Date registered: 17/08/2022; ACTRN12622001131741

# Contenido

	Pág.
<b>Resumen</b> .....	<b>IX</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>X</b>
<b>Lista de figuras</b> .....	<b>XIV</b>
<b>Lista de tablas</b> .....	<b>XVI</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Planteamiento del problema y pregunta de investigación</b> .....	<b>3</b>
1.1 Generalidades y normatividad del cáncer de próstata .....	3
1.1.1 Normatividad del cáncer en Colombia .....	4
1.2 Síntomas relacionados con el CP y el tratamiento.....	7
1.3 El automanejo de los síntomas y la importancia de la autoeficacia percibida ...	10
1.4 Planteamiento del problema.....	12
<b>2. Justificación</b> .....	<b>15</b>
2.1 Significancia Social .....	15
2.2 Significancia Teórica .....	16
2.3 Significancia disciplinar .....	18
2.4 Definición Operativa de Conceptos .....	19
<b>3. Marco teórico</b> .....	<b>23</b>
3.1 Cáncer de Próstata .....	23
3.2 Teoría del Automanejo de Síntomas .....	25
3.2.1 RELACIÓN DE LA INTERVENCIÓN CON LOS CONCEPTOS CENTRALES DE LA TSSM.....	27
<b>4. Estado del arte</b> .....	<b>35</b>
4.1 Automanejo de síntomas.....	35
<b>5. Objetivos</b> .....	<b>41</b>
5.1 Objetivo general .....	41
5.2 Objetivos específicos .....	41
5.3 Hipótesis de la investigación .....	42
<b>6. Marco metodológico</b> .....	<b>43</b>
6.1 Diseño del estudio.....	43
6.2 Hipótesis de la investigación .....	44

---

6.3	Sujetos.....	44
6.3.1	Población y muestra.....	44
6.3.2	Muestra.....	45
6.4	Clasificación de variables y su definición.....	47
6.4.1	Instrumentos y Medición.....	50
6.5	Descripción de la intervención.....	51
6.6	Procedimientos del estudio.....	52
6.7	Sitios de investigación.....	55
6.8	Control de Sesgos.....	55
	▪ Validez interna:.....	55
	▪ Validez externa:.....	56
6.9	Consideraciones éticas.....	57
6.10	Plan de análisis.....	59
6.10.1	Análisis de datos descriptivos.....	59
6.10.2	Estadística Inferencial.....	59
<b>7.</b>	<b>Resultados.....</b>	<b>61</b>
7.1	Diseño e Implementación de la intervención Proactive.....	61
7.1.1	Duración de la intervención.....	75
7.2	Perfil sociodemográfico de los participantes.....	79
	Características sociodemográficas.....	79
7.2.1	Perfil clínico de los participantes.....	80
7.3	Autoeficacia percibida, el automanejo de los síntomas y rendimiento funcional.....	81
7.3.1	Autoeficacia percibida.....	81
7.3.2	Automanejo de Síntomas.....	86
7.3.3	Niveles de rendimiento funcional.....	105
7.4	Comparación entre el GI y GC.....	128
7.5	Aporte a la teoría del Automanejo de Síntomas.....	148
7.1	Sistema Conceptual Teórico empírico de la Investigación.....	151
	.....	151
<b>8.</b>	<b>Discusión.....</b>	<b>153</b>
8.1	Caracterización.....	153
8.1.1	Perfil Sociodemográfico.....	153
8.1.2	Perfil clínico.....	154
8.2	Autoeficacia percibida.....	155
8.3	Automanejo de síntomas.....	157
8.4	Rendimiento Funcional.....	161
<b>9.</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>163</b>
<b>10.</b>	<b>RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES.....</b>	<b>167</b>
10.1	Recomendaciones.....	167
10.2	Limitaciones.....	169
	<b>Anexo 1: Consentimiento Informado.....</b>	<b>171</b>
	<b>Anexo2: Instrumentos.....</b>	<b>175</b>
	<b>Anexo 3: Permiso de uso de la Teoría y de instrumentos.....</b>	<b>180</b>
	Permiso Uso de la Teoría de Automanejo de Síntomas.....	180
	Permiso uso FACIT-P.....	180

---

Permiso uso instrumento Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) .....	181
Permiso uso de instrumento Escala General de Autoeficacia .....	182
<b>Anexo 3: Avals de ética .....</b>	<b>183</b>
Aval Comité de ética Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia .....	183
Aval Comité de Ética Clínica Los Nogales .....	184
<b>Bibliografía .....</b>	<b>187</b>

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 3-1</b> Modelo de la Teoría del Automanejo de los Síntomas.....	26
<b>Figura 7-1</b> Adaptación Intervención Prostatica - TSSM .....	64
<b>Figura 7-2</b> Portada general y portada de capítulos de la cartilla .....	67
<b>Figura 7-3</b> Imágenes de las reflexiones de los participantes .....	68
<b>Figura 7-4</b> Imágenes del video para explicar los ejercicios de Kegel.....	68
<b>Figura 7-5</b> Aceptabilidad de la Intervención Prostatica .....	70
<b>Figura 7-6</b> Diagrama de flujo de los procedimientos en la aplicación de la Intervención Prostatica .....	78
<b>Figura 7-7</b> <b>Porcentaje de respuesta de ítems de la escala de Autoeficacia</b> .....	82
<b>Figura 7-8</b> Ítems 1-5 del Instrumento de Autoeficacia GC .....	85
<b>Figura 7-9</b> Ítems 6-10 del Instrumento de Autoeficacia GC .....	85
<b>Figura 7-10</b> Resultados globales de la escala automanejo de los síntomas .....	87
<b>Figura 7-11</b> Dimensiones de Automanejo de Síntomas GI .....	88
<b>Figura 7-12</b> Análisis ítems síntomas urinarios .....	89
<b>Figura 7-13</b> Resultado ítems obstructivos .....	90
<b>Figura 7-14</b> Resultados síntomas intestinales .....	91
<b>Figura 7-15</b> Resultados de los síntomas sexuales .....	92
<b>Figura 7-16</b> Resultados síntomas hormonales .....	93
<b>Figura 7-17</b> Automanejo de síntomas global GC. ....	96
<b>Figura 7-18</b> Dimensiones Automanejo de Síntomas en el GC.....	97
<b>Figura 7-19</b> Resultado de Síntomas Urinarios en el GC .....	98
<b>Figura 7-20</b> Resultados de síntomas obstructivos en el GC .....	99
<b>Figura 7-21</b> Resultados síntomas intestinales en el GC .....	100
<b>Figura 7-22</b> Resultados síntomas intestinales en el GC .....	101
<b>Figura 7-23</b> Resultados síntomas hormonales en el GC .....	102
<b>Figura 7-24</b> Análisis de resultados Rendimiento Funcional .....	106
<b>Figura 7-25</b> Análisis de resultados la dimensión física del Rendimiento Funcional.....	107
<b>Figura 7-26</b> Análisis de resultados la dimensión social del Rendimiento Funcional.....	108
<b>Figura 7-27</b> Análisis de resultados la dimensión emocional del Rendimiento Funcional .....	109
<b>Figura 7-28</b> Análisis de resultados la dimensión funcional del Rendimiento Funcional.	111
<b>Figura 7-29</b> Análisis de resultados la dimensión de síntomas específicos del CP del Rendimiento Funcional .....	112

<b>Figura 7-30</b> Análisis de resultados la dimensión de síntomas específicos del CP del Rendimiento Funcional.....	113
<b>Figura 7-31</b> Análisis de resultados Total Rendimiento Funcional en el GC .....	116
<b>Figura 7-32</b> Análisis de resultados Dimensiones Rendimiento Funcional .....	117
<b>Figura 7-33</b> Análisis de resultados Dimensión Física.....	118
<b>Figura 7-34</b> Análisis de resultados Dimensión Social en el GC.....	120
<b>Figura 7-35</b> Análisis de resultados Dimensión Emocional en el GC .....	121
<b>Figura 7-36</b> Análisis de resultados Dimensión Funcional en el GC .....	123
<b>Figura 7-37</b> Análisis de resultados Dimensión Síntomas específicos.....	124
<b>Figura 7-38</b> Análisis de resultados Dimensión Síntomas específicos.....	125
<b>Figura 7-39</b> Diagrama de cajas comparación de autoeficacia en las tres mediciones..	129
<b>Figura 7-40</b> Diagrama de cajas comparación de automanejo de síntomas global en las tres mediciones .....	131
<b>Figura 7-41</b> Diagrama de cajas comparación de síntomas urinarios entre GI y GC de en las tres mediciones.....	132
<b>Figura 7-42</b> Diagrama de cajas comparación de síntomas obstructivos entre GI y GC de en las tres mediciones.....	134
<b>Figura 7-43</b> Diagrama de cajas comparación de síntomas intestinales entre GI y GC de en las tres mediciones.....	136
<b>Figura 7-44</b> Diagrama de cajas comparación de síntomas sexuales entre GI y GC de en las tres mediciones.....	137
<b>Figura 7-45</b> Diagrama de cajas comparación de síntomas hormonales entre GI y GC en las tres mediciones.....	138
<b>Figura 7-46</b> Diagrama de cajas comparación Total Rendimiento Funcional en el GI y GC en las tres mediciones.....	140
<b>Figura 7-47</b> Diagrama de cajas comparación de Dimensión física entre GI y GC de en las tres mediciones. ....	141
<b>Figura 7-48</b> Diagrama de cajas comparación de dimensión social entre GI y GC en las tres mediciones. ....	142
<b>Figura 7-49</b> Diagrama de cajas comparación de dimensión emocional entre GI y GC en las tres mediciones.....	144
<b>Figura 7-50</b> Diagrama de cajas comparación de la dimensión funcional entre GI y GC en las tres mediciones.....	145
<b>Figura 7-51</b> Diagrama de cajas comparación de síntomas específicos entre GI y GC de en las tres mediciones.....	146
<b>Figura 7-52</b> Efecto de la Intervención Proactive.....	150
<b>Figura 7-53</b> Sistema Conceptual teórico empírico de la investigación .....	151

## Lista de tablas

	Pág.
<b>Tabla 3-1</b> Manejo del cáncer localizado según el nivel de riesgo.....	24
<b>Tabla 3-2</b> Definiciones de conceptos principales de la teoría del automanejo de los síntomas .....	26
<b>Tabla 3-3</b> Definiciones de Síntoma .....	28
<b>Tabla 3-4</b> Definiciones de automanejo del síntoma en la revisión de la literatura .....	32
<b>Tabla 4-1</b> Intervenciones basadas en la autoeficacia para el automanejo de síntomas dirigidas por enfermeras. ....	38
<b>Tabla 6-1</b> Esquema tipo de diseño experimental .....	43
<b>Tabla 6-2</b> Asignación aleatoria de los participantes .....	46
<b>Tabla 6-3</b> Variables del estudio .....	47
<b>Tabla 6-4</b> Procedimientos de la Intervención y aplicación de escalas.....	54
<b>Tabla 7-1:</b> Intervenciones para el automanejo de síntomas en hombres con CP.....	62
<b>Tabla 7-2</b> Especificaciones de la Intervención Prostatica.....	64
<b>Tabla 7-3</b> Validez de contenido por expertos de la Intervención Prostatica.....	71
<b>Tabla 7-4</b> Características sociodemográficas de los participantes de la prueba piloto ...	73
<b>Tabla 7-5.</b> Autoeficacia, automanejo de síntomas y Rendimiento Funcional.....	74
<b>Tabla 7-6</b> Perfil sociodemográfico de los participantes. ....	79
<b>Tabla 7-7</b> Perfil clínico de los participantes.....	80
<b>Tabla 7-8</b> Niveles de autoeficacia en el GI.....	83
<b>Tabla 7-9</b> Niveles de autoeficacia en el GI.....	86
<b>Tabla 7-10</b> Resultados GI en las tres mediciones.....	95
<b>Tabla 7-11</b> Resultados del automanejo de síntomas en el GC en las tres mediciones	104
<b>Tabla 7-12</b> Resultados rendimiento funcional GI .....	115
<b>Tabla 7-13</b> Resultados rendimiento funcional GC.....	127
<b>Tabla 7-14</b> Comparación entre grupos GI y GC en la autoeficacia en las tres mediciones .....	128
<b>Tabla 7-15</b> Comparación GI y GC en el Automanejo de Síntomas Global en las tres mediciones.....	130
<b>Tabla 7-16</b> Comparación GI y GC en el Automanejo de Síntomas por dimensiones en las tres mediciones.....	138
<b>Tabla 7-17</b> Comparación GI y GC en el Rendimiento Funcional Global en las tres mediciones.....	140

---

**Tabla 7-18** Comparación GI y GC en el Rendimiento Funcional por dimensiones en las tres mediciones. ....146



# Introducción

El cáncer es una condición crónica que se relaciona con procesos de afrontamiento, padecimiento de síntomas desagradables, adaptación a la enfermedad y a los efectos secundarios del tratamiento. El cáncer de próstata (CP) es la neoplasia de mayor prevalencia en hombres en el mundo y aunque las campañas de diagnóstico y detección temprana han permitido disminuir la mortalidad en esta población, los síntomas relacionados con la enfermedad y el tratamiento generan consecuencias en el rendimiento físico y cognitivo de quienes la padecen.

Los síntomas relacionados con el CP y su tratamiento se manifiestan en las dimensiones física y psicológica. La disfunción urinaria, sexual, intestinal y hormonal son las molestias físicas más frecuentes, asimismo la ansiedad, depresión y cambios de humor son los síntomas cognitivos más prevalentes. Se ha identificado que estos síntomas se presentan de manera múltiple y simultánea generando un impacto importante en la funcionalidad física y emocional, aspectos que afectan de forma directa el rendimiento funcional en los hombres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve las intervenciones de automanejo de síntomas desde el diagnóstico para que continúen durante todas las fases del tratamiento y rehabilitación, pues permiten que las personas, familias y comunidades promuevan acciones preventivas y generen acciones y habilidades para hacer frente a enfermedades con o sin el apoyo del personal sanitario (1). El automanejo de síntomas transmite un mensaje de control, empoderamiento y confianza al paciente (2). Sin embargo, se ha identificado que, para obtener un resultado efectivo en el automanejo de síntomas, la persona debe generar comportamientos situacionales específicos con el fin de lograr metas, expectativas o tipos de resultados establecidos. Lo anterior es denominado autoeficacia percibida, la base de cualquier decisión para actuar lo que lo hace un factor central en el automanejo de síntomas (2,3).

Se han generado diferentes intervenciones para el automanejo de síntomas lideradas por enfermería y se caracterizan por brindar una atención centrada en la persona, en las que la comunicación recíproca entre el paciente y equipo de salud es fundamental. Con el propósito de generar un proceso de seguimiento continuo en el automanejo de los síntomas y basado en las necesidades del paciente, estas intervenciones se han implementado haciendo uso de estrategias multimodales. El objetivo de esta investigación fue determinar la efectividad de una intervención para el automanejo de los síntomas en pacientes con CP en tratamiento partir de un marco teórico propuesto por la Teoría del automanejo de los síntomas.

Se identificó que la Intervención Proactive fue efectiva en el manejo de los síntomas urinarios específicamente en lo relacionado con la incontinencia, además en los síntomas cognitivos tales como el nerviosismo, preocupación en morir y que la enfermedad empeorara, así mismo, que aumentó la esperanza en los participantes.

# **1.Planteamiento del problema y pregunta de investigación**

Este apartado abordará los aspectos sociodemográficos, epidemiológicos y la normatividad nacional referente al manejo del cáncer de próstata CP, así como los síntomas relacionados con la enfermedad y el tratamiento, además de las estrategias de automanejo de los síntomas y la importancia de la autoeficacia percibida para el logro de resultados funcionales y cognitivos.

## **1.1 Generalidades y normatividad del cáncer de próstata**

El cáncer de próstata (CP) es el crecimiento anormal y descontrolado de las células de la glándula prostática. Es el segundo cáncer diagnosticado con mayor frecuencia en hombres en el mundo (30.7 casos nuevos por cada 1000.000 habitantes) (4–11) y el primero en Colombia. De acuerdo con la Cuenta de Alto Costo (CAC) al 30 de abril de 2023 se reportaron un total de 60531 casos prevalentes de CP y la mayoría se concentraron en Bogotá D.C con un 28,41 por cada 100.000 habitantes (12–15). Las estimaciones presentadas por GLOBOCAN 2020 (11), en Colombia se proyecta que para el año 2030, esta cifra aumentará hasta 132666 casos anuales, aunque su incidencia en comparación con otros países latinoamericanos es baja. Si bien la mortalidad ha venido en descenso en los últimos años debido a los avances en el tratamiento y las acciones de detección temprana, los hombres diagnosticados con CP deben asumir procesos de adaptación y afrontamiento secundarios a múltiples síntomas generados por el curso natural de la enfermedad y el manejo terapéutico (12,16,17).

### **1.1.1 Normatividad del cáncer en Colombia**

Existen distintas leyes que regulan la atención integral a personas con cáncer en Colombia, la Ley 1384 de 2010 (18) o también denominada Sandra Ceballos que establece las acciones para el control integral del cáncer en la población adulta colombiana, se establece también Registros Nacionales de Cáncer en adultos, así como el Observatorio de Cáncer como parte del sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Posteriormente, han regulado el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y aplicación de las Guías de Atención Integral (RIAS) en personas con enfermedades de interés, entre ellas el cáncer por medio de la Resolución 4505 de 2012. Asimismo, por medio de la Resolución 1383 de 2013 se crea el Plan Decenal del Cáncer en Colombia 2012-2021, específicamente la línea estratégica 3 que busca implementar estrategias de seguimiento y monitoreo al diagnóstico y tratamiento de cánceres con mortalidad prematura evitable, entre ellos el CP; además en la línea estratégica 4 se busca el mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes de cáncer (19)(20).

El Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 tiene como visión al año 2031 reducir la mortalidad evitable y su impacto en los años de vida perdidos, aspectos que con la detección temprana del CP y su tratamiento oportuno permitiría alcanzar estos objetivos, de esta misma manera, se espera avanzar en la mejora de condiciones de vida, bienestar y calidad de vida promoviendo modelos de atención que mejoren la calidad del cuidado desde abordajes multidimensionales involucrando a la persona y su familia.

Dentro de las 10 prioridades en salud pública en Colombia se encuentra contemplado el Cáncer (mama y cuello uterino; estómago y próstata) por consiguiente, las políticas públicas y las leyes relacionadas con el manejo del cáncer en Colombia tienen como propósito garantizar bienestar de los pacientes y sus familias, continuar con el seguimiento del paciente desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la fase de sobreviviente, siendo esto último una dificultad pues algunos estudios han identificado que los pacientes con cáncer no buscan apoyo en el equipo de salud o no saben cómo acceder a ellos para

resolver las dudas que tengan frente a los síntomas o efectos secundarios de los tratamientos, debido a que estos se realizan de manera ambulatoria y el paciente experimenta los síntomas cuando está en el domicilio (21–24).

En Colombia, por el aumento significativo en los casos de CP se han generado políticas basadas en la Atención Primaria en Salud (APS) explícitas en la Resolución 3280 (25). En esta política, los hombres entre 50 y 75 años pueden acceder a información y educación frente a las pruebas de tamización, realización del tacto rectal, toma de antígeno prostático (PSA), gestión y entrega de resultados e integración a la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS), específicamente aquellos con riesgo o presencia de CP de acuerdo con hallazgos clínicos o factores de riesgo identificados y posteriormente iniciar un tratamiento dependiendo del estadio de la enfermedad.

El CP se clasifica en 5 estadios: el estadio 0 (cero) y los estadios I a IV (1 a 4), de esta manera se planifica de forma conjunta los mejores tratamientos. Dentro de los tratamientos se encuentran la observación o vigilancia activa; tratamiento quirúrgico (prostatectomía); radioterapia, que incluye: radiación de haz externo, braquiterapia y hormonoterapia con radiación; crioterapia, quimioterapia e inmunoterapia (12). A continuación, se hace una breve descripción de cada uno de los tratamientos.

La vigilancia activa se considera una alternativa de manejo inicial válida en pacientes con cáncer localizado de bajo riesgo (12). La prostatectomía radical es la opción en todos los niveles de riesgo y especialmente en los más avanzados; entre los efectos secundarios del tratamiento se encuentran la incontinencia urinaria que se presenta en un 40% de los pacientes en los tres primeros meses posteriores a la cirugía y la disfunción eréctil experimentada en algún grado por el 70% de los hombres sometidos a esta intervención en los primeros tres meses (12).

La radioterapia con haz externo es otro de los tratamientos considerados como primera opción en todos los niveles de riesgo y en cánceres localizados o localmente avanzados, y en pacientes con alto riesgo se recomienda el uso concomitante con terapia hormonal; el uso de radioterapia más braquiterapia puede ser una alternativa de manejo en pacientes con riesgo intermedio y alto con edades superiores a los 65 años; los efectos secundarios del tratamiento reportados en un estudio observacional con un seguimiento de 12 meses,

muestra la presencia de disfunción eréctil entre 56 y 60% de los pacientes además de una toxicidad intestinal a cinco años (12,26–29).

La crioterapia, también conocida como criocirugía o crioablación, en este caso se insertan sondas en la próstata a través del perineo y se administra gas argón o nitrógeno líquido a la próstata, congelando literalmente las células de la próstata hasta la muerte, no es un procedimiento muy usado pues no se ha comparado su efectividad frente a la prostatectomía o radioterapia que son los tratamientos más efectivos hasta el momento(30).

La braquiterapia o radioterapia interna se considera un tratamiento con intención curativa válido en hombres con bajo riesgo, independientemente de la edad; por el contrario, no es una modalidad única de tratamiento en los estadios más avanzados; la quimioterapia se contempla cuando el CP ha sido refractario a las terapias anteriormente explicadas (12).

Los tratamientos sistémicos como la quimioterapia tienen como objetivo destruir las células cancerosas, este tipo de tratamiento se usa en cáncer de próstata avanzado o metastásico. Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen de la dosis, tipo de medicamento y duración del tratamiento, pero pueden incluir fatiga, aftas bucales y en garganta, diarrea, náuseas, vómito, trastornos en la sangre, alopecia y efectos del sistema nervioso (12).

En resumen, cada uno de los tratamientos mencionados tienen como consecuencia la presencia de síntomas físicos y cognitivos afectando directamente el rendimiento funcional y cognitivo de los hombres. Los tratamientos de primera elección en CP localizado y localmente avanzado teniendo en cuenta su efectividad y acceso oportuno, son la prostatectomía, la radioterapia de haz externo y hormonoterapia de manera concomitante. El CP al ser detectado de manera temprana permite el inicio de estos tratamientos y aumenta la probabilidad de supervivencia del cáncer.

## 1.2 Síntomas relacionados con el CP y el tratamiento

Los síntomas son advertencias percibidas de amenazas a la salud y la experiencia subjetiva de la persona, pueden ser físicos y psicológicos, revelan información clínica al paciente y a los profesionales de enfermería (2,31). Uno de los desafíos más importantes para las personas con cáncer es controlar los síntomas ya que la reacción a estas amenazas es particular y se usan diferentes estrategias para manejarlos (2). Además, estos síntomas se presentan de manera simultánea, lo que genera una carga para la persona y en consecuencia una alteración en su rendimiento funcional y cognitivo.

Skolarus et al.; Song L et al.; Stanciou M et al.,(22,23,32) refieren síntomas físicos secundarios al tratamiento adicionales tales como hematuria, retención urinaria, náuseas, dolor abdominal y sensación de incontinencia fecal además de cansancio, disminución de la energía y fatiga. También se evidencian síntomas desde el aspecto psicológico como ansiedad, depresión, apatía, desorientación, tristeza y cambios de humor (4–7,20,23,33–41). Generalmente las personas con cáncer presentan varios síntomas de manera simultánea generando carga del síntoma y una repercusión negativa en el rendimiento funcional y cognitivo incluso antes de iniciar el tratamiento y durante cualquier modalidad de tratamiento (4–6,20,21,23,33–35,38,40,42–45).

- ***Función Urinaria***

En circunstancias normales, los esfínteres urinarios (bandas de músculo en la base de vejiga y en la base de la próstata) permanecen bien cerrados, evitando que la orina almacenada en la vejiga se escape. Durante la micción, los esfínteres se relajan y la orina fluye desde la vejiga a través de la uretra y sale del cuerpo.

En la prostatectomía, la extirpación quirúrgica de la próstata, la vejiga se tira hacia abajo y se conecta a la uretra en el punto donde una vez se asentó la próstata. Si el esfínter en la base de la vejiga se daña durante este proceso, puede ocurrir incontinencia urinaria o fugas. Casi todos los hombres tendrán algún tipo de fuga inmediatamente después de la cirugía, pero esto mejorará con el tiempo y con ejercicios de fortalecimiento o ejercicios de Keguel. La mayoría de los hombres recuperan el control urinario dentro de un año;

aproximadamente 1 de cada 5 hombres tendrá pérdidas leves que requerirán el uso de una o más protectores diarios por día a largo plazo. Esta tasa depende de los factores del paciente (la edad avanzada y la obesidad son factores de riesgo para una incontinencia urinaria peor) y de los factores del cirujano (los cirujanos más experimentados suelen tener mejores resultados). Los hombres mayores de 65 años tienen más probabilidades de tener incontinencia urinaria después de la cirugía (46–52).

La radioterapia se dirige a la próstata. La tecnología avanzada dirige la dosis de radiación lejos de la vejiga y el recto. La uretra pasa por el medio de la próstata, por lo que recibirá radiación, afortunadamente, la uretra es muy resistente a la radioterapia y la pérdida de orina a largo plazo es rara (menos de 1 en 100). Sin embargo, puede irritarse durante y meses después de la radioterapia, lo que generalmente se manifiesta como un leve aumento en la frecuencia y urgencia urinaria. Esto también puede causar hematuria, retención urinaria, nicturia, o despertarse más por la noche para orinar (22,23,32).

### ***Función Intestinal***

Los desechos sólidos que se excretan del cuerpo se mueven lentamente por los intestinos y, en circunstancias normales, las heces resultantes pasan por el recto y luego salen por el ano. El daño al recto puede provocar problemas intestinales, como sangrado rectal, diarrea o urgencia. En la prostatectomía es muy raro (menos del 1%) que los hombres presenten alteración de la función intestinal después de la cirugía. En casos raros de cáncer de próstata localmente avanzado donde el cáncer invade el recto, la cirugía puede provocar daño rectal, pero no se usa con frecuencia en este tipo de casos (53,54).

Dado que el recto se encuentra justo detrás de la próstata, también puede recibir algo de radiación durante el tratamiento. Con la radioterapia moderna, es muy poco frecuente tener problemas intestinales moderados o graves (1% a 3%). Estos síntomas generalmente se resuelven a las pocas semanas de completar la radioterapia. Con la radiación moderna, solo el 2 % de los hombres tendrán sangrado rectal molesto, dolor en el ano o en el recto, aumento en la frecuencia de las deposiciones y consistencia más blandas, que puede ocurrir meses o años después del tratamiento (53,54).

## ***Función Sexual***

Independientemente de si los nervios quedaron intactos durante la cirugía o si se utilizó la planificación de dosis más precisa durante la radioterapia, la disfunción eréctil sigue siendo el efecto secundario más común después del tratamiento. Esto se debe a que los nervios y los vasos sanguíneos que controlan el aspecto físico de una erección son increíblemente delicados y cualquier trauma en el área puede provocar cambios. Afortunadamente, más allá de los efectos secundarios a corto plazo, existen tratamientos que se pueden tener en cuenta posterior a la terminación del tratamiento para el CP.

Sin embargo, estudios recientes (53–56) han demostrado que, en general, alrededor del 40 % de los hombres pierden parte de la función eréctil después de la cirugía. Del mismo modo, los hombres con disfunción eréctil inicial y/u otras enfermedades o trastornos que afectan la capacidad de mantener una erección, como diabetes o problemas vasculares, tendrán más dificultades para volver a la función previa al tratamiento. Cuatro componentes principales de la función eréctil pueden verse afectados por el tratamiento del cáncer de próstata:

1. La libido disminuye con la terapia hormonal que disminuye la testosterona. Puede tener una libido baja y aun así obtener una erección, pero generalmente es más difícil para los hombres que tienen menos interés en el sexo. La pérdida de la libido puede ser una gran preocupación para algunos pacientes y/o sus parejas y un problema mucho menor para otros.  
Aparte de la terapia hormonal, el diagnóstico y el tratamiento pueden provocar sentimientos complejos que incluyen tristeza, ira y ansiedad.
2. La capacidad mecánica es la capacidad de lograr una erección firme. Está controlado por los nervios y los vasos que se relacionan de manera estrecha con la próstata y las estructuras cercanas al pene. La capacidad mecánica se ve más afectada por la cirugía o la radioterapia.
3. El orgasmo/clímax puede ser más difícil después del tratamiento, especialmente si la libido es baja o las erecciones no son tan firmes como solían ser.
4. La cantidad de eyaculación puede ser mínima después del tratamiento. La próstata y las vesículas seminales que funcionan para producir la eyaculación se extraen y/o se irradian durante el tratamiento, por lo que es común tener una eyaculación mínima o nula después.

### ***Síntomas cognitivos***

Los hombres que se encuentran en este tipo de tratamientos también experimentan sentimientos de tristeza, ansiedad, falta de energía, nerviosismo, algunos se relacionan con la terapia hormonal, pero también están determinados por el afrontamiento a una situación por la cual no estaban preparados (24,54–56).

La presencia de estos síntomas impacta negativamente en el rendimiento funcional y cognitivo, es decir, afectan las actividades físicas, sociales y cognitivas de la vida diaria, debido a que presentan varios síntomas de manera simultánea y se manifiestan con mayor intensidad durante las siete primeras semanas de haber iniciado los diferentes tratamientos (57) Al ser identificados de manera tan específica, da una herramienta a la persona, familia y equipo de salud a buscar estrategias que permitan identificar el síntoma, determinar la intensidad del mismo y poder manejar estos con ayuda del equipo de salud generando una disminución a la carga del síntoma y mejorando aspectos relacionados con el rendimiento físico y cognitivo de estos pacientes.

## **1.3 El automanejo de los síntomas y la importancia de la autoeficacia percibida**

Las enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer generan una alteración directa en aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales de las personas debido a la carga de los síntomas secundarios a la enfermedad. Los avances tecnológicos en detección temprana e inicios oportunos en el tratamiento han generado que la supervivencia de estos pacientes aumente, y con ello uso permanente de medicamentos, persistencia de síntomas seguimiento constante a la enfermedad por medio de visitas constantes a los servicios de salud, entre otros. Por esta razón, se han venido implementando estrategias propuestas desde la OMS centradas en el paciente, dándole a la persona y su familia un rol protagónico en su propio cuidado y en constante comunicación con el equipo de salud.

El automanejo es descrito como un proceso dinámico de integración de comportamientos y estrategias adecuadas para mejorar aspectos físicos tales como las actividades de la

vida diaria, aspectos sociales(58–60). Los comportamientos de automanejo se basan en varias competencias básicas, que incluyen resolución de problemas, toma de decisiones, comunicación con profesionales de la salud y la adaptación de las recomendaciones a la situación individual (2,3).

Las definiciones encontradas en la literatura sobre el automanejo de los síntomas determinan que es un concepto abordado desde diferentes perspectivas. Aunque existen definiciones explícitas, el significado varía. Es considerado como una estrategia para prevenir o abordar los efectos secundarios causados por el tratamiento de una enfermedad (61,62); un proceso dinámico y multidimensional autodirigido por el paciente con el objetivo de minimizar los síntomas y/o aliviar la angustia derivada (63,64).

Hoffman A et al. (63) proponen la Teoría del automanejo de los síntomas (TSSM), que se deriva de dos teorías de rango medio: la teoría de los síntomas desagradables y la teoría de la autoeficacia de Bandura. Esta teoría tiene como objetivo optimizar el automanejo de los síntomas mediante la acción autodirigida (63). Se construyó utilizando los componentes de las intervenciones que mejoran la autoeficacia percibida, los síntomas característicos del paciente, la autoeficacia percibida para el automanejo de síntomas, los comportamientos de automanejo de los síntomas y los resultados de desempeño por ejemplo el estado funcional (63).

Se han realizado intervenciones de automanejo destinadas a reducir los efectos de los síntomas físicos y psicológicos que produce el CP; ninguna ha utilizado como marco de referencia la TSSM; dichas intervenciones han sido exploradas por psicólogos, enfermeros y otros profesionales de la salud; y se han implementado desde un enfoque educativo (35,65), seguimiento a los pacientes por medio de llamadas telefónicas (22), modelos de consulta , recursos multilingües de automanejo (24), programas web (66), estrategias de intervención multimodal (42,67), aplicaciones de internet (68), aplicaciones para smartphones (43,69), intervenciones cognitivas conductuales y psicosociales (40,70–72), ejercicio físico e intervenciones nutricionales (9,41,61). Los efectos informados en las diferentes intervenciones de automanejo en personas con CP fueron disminución de la intensidad o carga de los síntomas y mayor CVRS (21,24,40,66,71,73–75) mejor rendimiento físico (67) y autoeficacia mejorada (24,43,70,74).

Estos estudios concluyeron que al momento de realizar una intervención de automanejo se deben tener en cuenta dos elementos centrales, el primero; se debe adaptar a las necesidades del paciente y segundo facilitar la autoeficacia mediante el establecimiento de objetivos y la planificación de las acciones, aspectos que son abordados desde la TSSM (76). La autoeficacia y el automanejo de los síntomas son conceptos clave que afectan los desenlaces de rendimiento funcional y cognitivo de las personas con cáncer en todas las etapas de tratamiento. Según Bandura (2001), la autoeficacia es la capacidad de una persona de implementar comportamientos para obtener un resultado deseado. Se espera que los adultos manejen ellos mismos sus síntomas, pero es posible que no tengan la autoeficacia para hacerlo (63,76); en circunstancias especiales como el manejo del cáncer es la “capacidad de implementar comportamientos para prevenir, reconocer y aliviar los síntomas”(4,24,65,70,74).

## 1.4 Planteamiento del problema

Luego de revisar la literatura se identifican las siguientes proposiciones:

1. Los pacientes con cáncer de próstata presentan síntomas físicos y cognitivos que generan carga del síntoma, alteran el rendimiento funcional y cognitivo (4–6,20,21,23,24,33,35,38,40,42–44,67,77,78).
2. El automanejo de síntomas es crucial para mejorar el rendimiento funcional y cognitivo de la persona con cáncer de próstata (4–6,33,38,67,71,77).
3. Las intervenciones de automanejo de síntomas deben ser personalizadas involucrar al paciente proporcionando información sobre qué esperar y cómo cuidarse (5,24,35,43,73,74,77,79).
4. La autoeficacia es un componente clave del automanejo de los síntomas y es vital para la implementación de los comportamientos necesarios e influir en los resultados como CVRS, resultados de rendimiento funcional y cognitivo y carga de los síntomas (24,66,71,73,77,80–82).
5. La evaluación inicial de la autoeficacia percibida de la persona para controlar los síntomas proporciona información crítica en el diseño de intervenciones personalizadas para el paciente (71,73,77,79–84).
6. El uso de nuevas tecnologías permite monitorear los resultados de automanejo de síntomas en pacientes con cáncer de próstata (4,24,36,41,43,67,79,83).

Los vacíos identificados son:

1. El automanejo de síntomas es necesario y pertinente para el cuidado de las personas con cáncer de próstata en tratamiento, debido a que los pacientes experimentan los síntomas en un ambiente ambulatorio. No se han encontrado estudios recientes de implementación de programas de esta índole y de seguimiento por parte de los profesionales de enfermería en el contexto nacional.
2. La teoría del automanejo de los síntomas propone una guía para la práctica de enfermería, sin embargo, es necesario validar las hipótesis de que el desenlace de rendimiento funcional y cognitivo se predice a través de las características del paciente, la autoeficacia percibida y el automanejo de los síntomas para generar conocimiento disciplinar. Esta investigación probará las proposiciones y supuestos de esta teoría de rango medio.
3. Es necesario generar evidencia científica de tipo experimental en un contexto local que guíe la práctica del automanejo de los síntomas en personas con cáncer de próstata en tratamiento.

De acuerdo con lo anterior, la pregunta de investigación es ¿cuál es la efectividad de la intervención de enfermería “Prostactive” para el automanejo de síntomas y su repercusión en el resultado de rendimiento funcional en personas con CP en tratamiento?



## **2. Justificación**

En este apartado se abordará la significancia social en la que se identifica la magnitud de un problema en personas con CP y cómo esta investigación podrá aportar para resolver situaciones específicas en esta población; la significancia teórica abordará cómo esta investigación puede llenar los vacíos encontrados en la literatura frente al automanejo de síntomas en personas con CP y la significancia disciplinar se enfocará en la importancia de esta investigación para enfermería.

### **2.1 Significancia Social**

La OMS impulsa la implementación de intervenciones o programas de automanejo para empoderar a las personas con enfermedades crónicas a manejar su salud y su cuidado con la guía y seguimiento de un profesional de la salud (85); estas intervenciones y estrategias de automanejo de síntomas deben involucrar al paciente, a los miembros de la familia, al equipo de salud y además deben incluir factores relacionados con la autoeficacia percibida (24,43,72,74).

Partiendo de la estrategia de la OMS, esta investigación aporta de manera significativa a las políticas de salud pública en Colombia desde el Modelo para el control del Cáncer en Colombia, las intervenciones constituyen una ayuda instrumental sustancial que soporta acciones para todos los componentes del modelo (86) en particular, este tipo de intervenciones apoyan los entornos ambulatorios en los fines de tratamiento y rehabilitación.

Los tratamientos contra el cáncer se proporcionan cada vez más en entornos ambulatorios, en consecuencia, la experiencia de los síntomas se presenta en el domicilio lejos del personal médico que pueda ayudar al paciente en el manejo de estos. Esta investigación proporciona herramientas para que la persona con CP conozca la enfermedad, identifique

los síntomas, adquiera habilidades y actitudes para el automanejo de los síntomas y mejore la toma de decisiones (85), repercutiendo directamente desenlace de rendimiento funcional, y de manera indirecta la percepción de la salud, el costo de la atención médica y la supervivencia (4–6,21,33–35,38,40,42–44,75,87–89).

Además estas intervenciones de automanejo actúan como una fuerza unificadora de los tres procesos de la prevención primaria, secundaria y terciaria con el fin de controlar los síntomas y su repercusión en el estado funcional de las personas; desde la prevención primaria puede considerarse como los esfuerzos para evitar el deterioro de la enfermedad o en su defecto el reingreso a una institución de salud secundario a un mal manejo de los síntomas por falta de conocimiento o incapacidad en la toma de decisiones (90), la prevención secundaria supone la detección del deterioro de los síntomas y realizar la consulta al profesional de salud que pueda apoyarlo y además identificar las necesidades de información y conocimiento frente al manejo de estos; y la prevención terciaria, abarca los esfuerzos para el automanejo de síntomas en caso de hospitalización (91).

En consecuencia, este tipo de abordajes permiten que el paciente con CP conozca su enfermedad, identifique sus síntomas (frecuencia, intensidad, calidad, concurrencia)(63), adquiera las habilidades, actitudes por medio de la autoeficacia; con el fin de adquirir la conciencia necesaria para influenciar su propio comportamiento y el de los otros, para mejorar el desenlace de rendimiento funcional que puede verse reflejado en la CVRS (87,92) además, esto genera que la persona con CP active todo el sistema de automanejo a través del desarrollo y aprendizaje de una habilidad que es la autoeficacia, con el apoyo del personal de salud accediendo a ellos en el momento que lo necesite (93).

## **2.2 Significancia Teórica**

El abordaje del automanejo de los síntomas se ha realizado desde diferentes enfoques como se describió en el área problema, Hoffman y cols. (2) proponen la TSSM la cual se construyó utilizando los componentes de las intervenciones para mejorar la autoeficacia percibida teniendo en cuenta las características del paciente, los síntomas, los comportamientos de automanejo de síntomas y los desenlaces de rendimiento (funcional y/o cognitivo), que es lo que se espera lograr luego de la intervención; la teoría proporciona

la base para la formulación de intervenciones efectivas para mejorar la autoeficacia percibida y así mejorar las habilidades de automanejo y su repercusión en los desenlaces de rendimiento funcional.

Hoffman et al. (2017) realizó un estudio de viabilidad y factibilidad de una intervención para promover la autoeficacia percibida en el automanejo de la fatiga relacionada con el cáncer, en la cual probó los supuestos de la TSSM y se determinó que a mayor autoeficacia percibida los resultados de automanejo de síntomas fueron efectivos (94). Bana et al., buscan implementar el programa Symptom Navi © para pacientes con cáncer en el entorno ambulatorio suizo basado la TSSM, el objetivo de su investigación es cambiar la interferencia de los síntomas con las funciones diarias desde el inicio de la quimioterapia; hasta el momento no se han reportado los resultados de este estudio, sin embargo, permite evidenciar la pertinencia y necesidad de abordar el automanejo de síntomas en personas con cáncer (73)

Esta investigación permitió llevar la teoría descrita con anterioridad a un escenario de la práctica con personas con CP pues no se evidencia la utilización de esta teoría en esta población, además brindará resultados con alta evidencia científica ya que las intervenciones están consideradas en nivel 1. Asimismo, se pondrá a prueba la hipótesis que el desenlace de rendimiento funcional y cognitivo se predice a través de las características del paciente, la autoeficacia percibida y el automanejo de los síntomas.

Por consiguiente, se abordaron los siguientes conceptos de la TSSM: autoeficacia percibida para el automanejo de síntomas, se tuvo en cuenta las características del paciente desde lo fisiológico (comorbilidades), psicológico y contextual; los síntomas (intensidad, recurrencia, angustia y calidad); automanejo de los síntomas y en cuanto a los resultados, se buscó obtener un adecuado desenlace de rendimiento funcional valorado por medio de la CVRS.

La literatura evidencia las necesidades no satisfechas de los pacientes con CP con respecto a la información y el conocimiento de los síntomas secundarios a la enfermedad y el tratamiento, esta investigación es innovadora en el sentido en el que se ayudará al paciente a mejorar su autoeficacia para un adecuado automanejo de los síntomas, aspectos que no se toman en cuenta en la mayoría de las estrategias de automanejo en

pacientes con CP; promover la participación directa del paciente en el automanejo de síntomas y además identificar en qué momento requiere del apoyo del profesional de la salud quien es indispensable para desarrollar las habilidades necesarias que deben tener los pacientes en ambientes ambulatorios.

## **2.3 Significancia disciplinar**

Este estudio buscó realizar una intervención basada en un referente teórico, partiendo de hipótesis que fueron llevadas a prueba en un escenario real. Además, se hizo un aporte desde el concepto de automanejo de síntomas y autoeficacia percibida lo que aportó a la generación de Intervenciones de enfermería diseñadas y ejecutadas en un contexto local con un abordaje deductivo

Los profesionales de enfermería pueden generar intervenciones con impacto positivo en la vida de las personas y sus familias al reducir la carga de síntomas asociada a la multiplicidad y simultaneidad de los mismos, secundarios al cáncer y su tratamiento, las implicaciones para la práctica clínica se ven reflejadas en la asociación enfermera – persona para diseñar enfoques personalizados en el automanejo de los síntomas por medio de la implementación de comportamientos que permitan reconocer prevenir, aliviar o disminuir el tiempo, la angustia, la intensidad, la concurrencia y la calidad desagradable de los síntomas (2).

Desde el abordaje de la TSSM se han implementado intervenciones de enfermería en personas con cáncer de pulmón. Hoffman et al., (79,95) reportaron unas intervenciones de ejercicio para personas con cáncer de pulmón de células no pequeñas la cual fue factible, segura y aceptable y generó cambios positivos en el automanejo de los síntomas.

Así mismo, se han aplicado diferentes intervenciones de automanejo de síntomas en personas con CP (22,40,65–67,96–98) que han contribuido a mejorar el desempeño funcional tanto físico como cognitivo, además de mejorar la confianza para el afrontamiento de CP. Algunas, aumentaron los sentimientos de control físico, social y emocional al ofrecer experiencias alineadas con los ideales masculinos, como adquirir herramientas

informativas, habilidades de afrontamiento, y cambios en las creencias y comportamientos negativos. Las intervenciones de automanejo de síntomas en personas con CP han contribuido en gran medida a mejorar el rendimiento funcional, estas intervenciones capacitan a las personas para que asuman un papel activo en el manejo de sus síntomas, promoviendo una mejor calidad de vida relacionada con la salud y mejorando la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

La Intervención Proactive, se enfocó en generar una atención individualizada, centrada en las necesidades de la persona, identificando los síntomas más relevantes y realizando seguimiento estrecho por parte de los profesionales de la salud con el fin de generar un acompañamiento constante y resolver dudas y evitar complicaciones durante el proceso. Además, aportó la identificación de los diferentes roles del profesional de enfermería en un modelo holístico de atención centrado en la persona, promoviendo la autonomía y liderazgo del paciente con CP en el automanejo de los síntomas teniendo en cuenta sus necesidades y siempre apoyado en profesionales de la salud, aspectos importantes en el seguimiento y tratamiento (45,96). Este es un rol emergente que se deriva de la situación actual de los hombres con CP, el contexto social que pone en evidencia la necesidad de involucrar a la persona en el automanejo de su enfermedad y sus síntomas y desde una era tecnológica que debe tenerse en cuenta para mejorar el cuidado y seguimiento de las personas con CP.

## **2.4 Definición Operativa de Conceptos**

A continuación, se presentan los conceptos que orientarán la investigación y la definición operativa de los mismos.

### **Intervención de enfermería**

Sidani (99) define la intervención como tratamientos, terapias, procedimientos o acciones que los profesionales de enfermería implementan para, con o en nombre de los clientes, en respuesta al problema de salud con el fin de mejorar su condición y lograr resultados beneficiosos. Partiendo desde el marco que propone la TSSM (63), la intervención de enfermería se basa en el automanejo de síntomas como la disfunción urinaria, sexual e intestinal; el automanejo involucra conocimiento y automanejo de los síntomas por medio de actividades específicas para este fin. Asimismo, se realizarán actividades que mejoren

la autoeficacia percibida y se utilizarán estrategias que involucren: experiencias de dominio directo (realizar una actividad), experiencias indirectas (observar a otros similares a uno realizar una actividad con éxito), social/persuasión verbal (ser influenciado para creer en las capacidades para lograr una meta), e interpretar inferencias de estados fisiológicos.

*Definición operativa:*

La intervención Prostatectomía para el automanejo de los síntomas consiste en la realización de manera presencial de sesiones grupales semanales realizadas durante las primeras cuatro semanas del inicio del tratamiento oncológico. En la primera semana se realizará la inducción y el módulo 1: iniciando el proceso; la segunda semana se desarrollará el módulo 2 denominado: tomando el control; en la tercera semana se iniciará el módulo 3: Siempre positivos y en la cuarta semana se realizará el módulo 4: llegar a la meta. El seguimiento se realizará vía telefónica o por WhatsApp.

**Automanejo del Síntoma**

Hoffman (63) define el automanejo del síntoma como un proceso dinámico y autodirigido de implementación de comportamientos que reconocen, previenen, alivian y disminuyen el tiempo (frecuencia, duración, ocurrencia), intensidad, angustia, concurrencia y calidad desagradable de los síntomas para lograr resultados de rendimiento óptimos.

*Definición Operativa:*

The expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC - 26), escala desarrollada para valorar síntomas comunes en pacientes con cáncer, esta escala evalúa síntomas urinarios, obstructivos, intestinales, sexuales y hormonales compuesta por 13 ítems que se valoran a través de una escala likert de 5 puntos (1= ningún problema, 2= un problema muy pequeño, 3= un problema pequeño, 4= un problema moderado, 5= un gran problema. Es una escala adaptada al contexto latinoamericano (100).

**Autoeficacia percibida**

Hoffman (63) define la autoeficacia percibida como la capacidad para implementar comportamientos específicos de la situación con el fin de alcanzar metas establecidas, expectativas o tipos de resultados designados.

*Definición Operativa:*

General Self-Efficacy Scale (GSE) (Schwarzer & Jerusalem, 1995) fue adaptada al español en Costa Rica. Esta escala está integrada por 10 ítems que se valorarán a través de una escala Likert de 4 puntos (1= incorrecto, 2= apenas cierto, 3= más bien cierto, 4= cierto). La escala produce una puntuación total que oscila entre 10 y 40. El GSE es un instrumento corto, que ha demostrado ser altamente confiable y válido para medir la autoeficacia generalizada.

En Colombia ya fue Validada en el año 2011, presentando una consistencia interna determinada por medio del Alfa de Cronbach de 0,83. La validez convergente y discriminante del instrumento arrojó correlaciones positivas con las dimensiones de eficacia, confianza, autoconcepto y estabilidad emocional y de manera negativa con la ansiedad. Mediante el análisis factorial exploratorio y confirmatorio se validó la estructura unidimensional de la escala (101).

**Adulto con cáncer de próstata en tratamiento**

Para esta investigación el adulto con cáncer de próstata en tratamiento es una persona que se encuentre diagnosticada por medio de examen clínico, prueba de antígeno prostático (PSA) y biopsia transrectal que confirme la presencia de células cancerosas; que se encuentre bajo radioterapia como tratamiento único o con otro tratamiento coadyuvante, o que haya sido sometido a prostatectomía dentro de las primeras siete primeras semanas de tratamiento.

*Definición Operativa:*

Se realizará una ficha de perfil clínico ad-hoc elaborada por la investigadora que incluye las siguientes variables: edad, histología (Escala de Gleason), nivel de riesgo (niveles de antígeno prostático), comorbilidades (enfermedades crónicas previamente diagnosticadas: hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes) estrato socioeconómico, escolaridad, estado civil, ocupación, acceso a teléfono, televisión, computador e internet.

**Desenlace de Rendimiento Funcional**

El desenlace de rendimiento funcional es el efecto esperado de la experiencia de automanejo de los síntomas de las personas con CP. Hoffman (63) define el desenlace de rendimiento funcional incluye actividad física, actividades de la vida diaria, actividades

sociales e interacción, y desempeño de roles, incluyendo el trabajo y otras actividades relacionadas con roles (63). Lo anterior está directamente relacionado con las dimensiones para determinar la CVRS en pacientes con CP.

*Definición Operativa:*

En 1997, Esper y Cols, desarrollaron una subescala para cáncer de próstata (FACT-P) de un instrumento general para medir calidad de vida relacionada con la salud en hombres con CP: The Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT-G); The Functional Assessment of Cancer Therapy for Patient with Prostate Cancer – FACT-P es una escala que cuenta con 39 preguntas, clasificadas en cinco subescalas según el dominio: estado físico general de salud (7 preguntas), ambiente familiar y social (7 preguntas), estado emocional (6 preguntas), capacidad de funcionamiento personal (7 preguntas), otras preocupaciones (12 preguntas) relacionadas con la sexualidad, función gastrointestinal, función vesical y dolor (102). Esta escala ya fue validada en Colombia por investigadores del Instituto Nacional de Cancerología; la validez de constructo evidenció los mismos dominios propuestos por la escala original, pero en diferente orden con una alta proporción de varianza (102).

## **3.Marco teórico**

En este apartado se incluye la descripción general del cáncer de próstata, su clasificación y tratamiento. De igual manera, se describirá la teoría del automanejo de los síntomas en la cual se sustenta la intervención Prostactive para el automanejo de síntomas en personas con CP.

### **3.1 Cáncer de Próstata**

La próstata hace parte del sistema reproductor masculino que se encuentra ubicada, rodeando la uretra, comparte vascularización e inervación con las vesículas seminales, la vejiga, el recto y la uretra, y forma parte además del aparato esfinteriano urinario masculino, la convierte en un órgano esencial para la función sexual, reproductiva y urinaria (12).

El cáncer de próstata se origina en más del 70% de los casos, en la zona periférica y su tipo histológico es predominantemente adenocarcinoma. Se caracteriza por su progresión local inicialmente y una diseminación linfática hacia los ganglios linfáticos ilíacos, obturadores, pélvicos y sacros, para tener principalmente el hueso como órgano sólido de compromiso metastásico. Los factores pronósticos iniciales para clasificar el paciente con adenocarcinoma de próstata son el estadio clínico de acuerdo con la clasificación internacional TNM, el valor inicial del antígeno prostático y el grado de diferenciación tumoral dado por la clasificación histológica estandarizada por Gleason.

Los exámenes para definir la extensión tumoral variarán de acuerdo con la probabilidad que exista. La mayoría de los pacientes son clasificados como de bajo riesgo para enfermedad localmente avanzada y sistémica. Los de riesgo intermedio y alto deben tener exámenes que precisen la extensión tumoral, entre ellos están la resonancia nuclear

magnética para evaluar el compromiso ganglionar, la TAC de abdomen y pelvis con contraste; y para evaluar el compromiso óseo, la gammagrafía ósea.

La incidencia del cáncer de próstata aumenta con la edad; la media de edad al momento del diagnóstico es de 68 años; el 57% de todos los cánceres de próstata se diagnostican a partir de los 65 años.

Dentro de los tratamientos para el CP se encuentran:

- Cirugía: la prostatectomía radical es una opción válida en pacientes con CP localizado T1-T2. La incontinencia urinaria es la complicación tardía más temida.
- Radioterapia: es una alternativa eficaz de tratamiento para un alto porcentaje de pacientes con tumores precoces T1- T2b, y es también el tratamiento estándar en algunas instituciones para tumores T2c – T3.

El manejo del cáncer de próstata localizado según el riesgo de progresión se resume en la tabla 3-1.

**Tabla 3-1** Manejo del cáncer localizado según el nivel de riesgo

Alternativa de manejo	Riesgo bajo PSA ≤ 10 NG/ML	Riesgo intermedio PSA 10-20 NG/ML	Riesgo alto PSA ≥ NG/ML
	Gleason ≤ 6	Gleason = 7	Gleason ≥ 8
	T1-T2A	T2B-C	T3A
<b>Observación Expectante*</b>	X	X	X
<b>Vigilancia activa</b>	V	X	X
<b>Braquiterapia</b>	V	X	X
<b>Prostatectomía Radical</b>	V	<b>OP</b>	<b>OP</b>
<b>Radioterapia Externa**</b>	V	<b>OP</b>	<b>OP</b>

Abreviaturas: OP, opción principal; V, opción válida; X, opción recomendada.

\*Se puede considerar en escenarios en los que la expectativa de vida del paciente no amerita un manejo curativo.

\*\*En pacientes con alto riesgo llevados a radioterapia se debe considerar el uso del bloqueo hormonal.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata. Bogotá; 2013. 717 p.

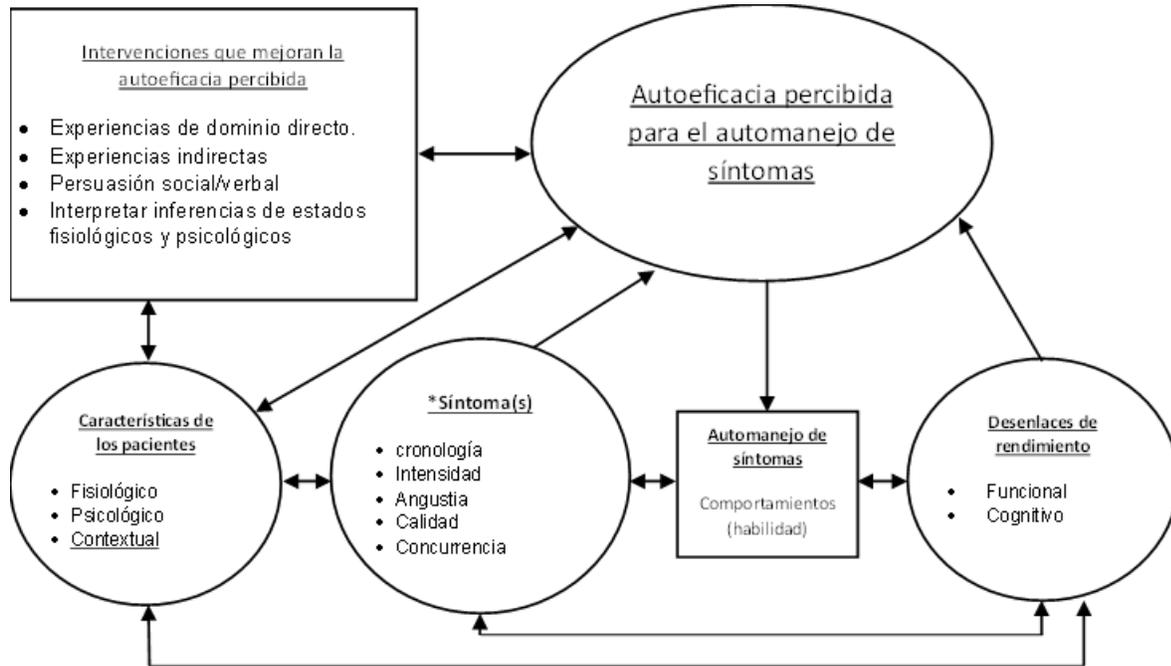
Los hombres con CP que experimentan síntomas desagradables relacionados con la enfermedad y el tratamiento son aquellos con riesgo intermedio o alto debido a que la prostatectomía y la radioterapia son las opciones principales de tratamiento, por tanto, la intervención del automanejo de síntomas se enfocará en este grupo de pacientes.

## 3.2 Teoría del Automanejo de Síntomas

La Teoría del automanejo de los síntomas (TSSM), que se deriva de dos teorías de rango medio, la teoría de los síntomas desagradables y la teoría de la autoeficacia de Bandura. Esta teoría tiene como objetivo optimizar el automanejo de los síntomas mediante la acción autodirigida (63). Se construyó utilizando los componentes de las intervenciones que mejoran la autoeficacia percibida, los síntomas característicos del paciente, la autoeficacia percibida para el automanejo de síntomas, los comportamientos de autocontrol de los síntomas y los resultados de desempeño por ejemplo el estado funcional (63).

La TSSM también describe las diversas interrelaciones y circuitos de retroalimentación entre estos conceptos que demuestran las relaciones de causa y efecto que son críticas en el proceso de manejo de síntomas. Las relaciones descritas en la TSSM forman la base para la formulación de intervenciones eficaces para mejorar la PSE. A continuación, se proporcionan más detalles y ejemplos clínicos de la población de cáncer en relación con la TSSM y el rol que desempeña la PSE en el autocontrol de los síntomas para su optimización. Los ejemplos y descripciones proporcionados describen el impacto potencial que las intervenciones que mejoran la PSE podrían tener en la práctica clínica al maximizar los desenlaces de los pacientes. Se presentan de izquierda a derecha en la Figura 3-2.

**Figura 3-1** Modelo de la Teoría del Automanejo de los Síntomas



Los cuadros indican una acción. Los óvalos indican un estado o un comportamiento.

Fuente: Hoffman AJ. Enhancing self-efficacy for optimized patient outcomes through the theory of symptom self-management. Cancer Nurs. 2013;36(1).

La definición de los conceptos principales de la teoría se especifica en la tabla 3-2.

**Tabla 3-2** Definiciones de conceptos principales de la teoría del automanejo de los síntomas

Conceptos principales	Definición
<b>Características de los pacientes</b>	Factores influyentes fisiológicos, psicológicos y contextuales. Los ejemplos de características del paciente pueden incluir, entre otros, los siguientes: Fisiológicos: severidad de la enfermedad; presencia de comorbilidades; pruebas de laboratorio anormales y edad. Psicológico: estado mental o estado de ánimo, creencias personales y sistemas de valores, reacción afectiva a la enfermedad y grado de incertidumbre. Contextual: entorno social y físico, cultura, etapa de desarrollo, relaciones familiares y sociales, situación laboral, recursos disponibles y comportamientos de estilo de vida como dieta y ejercicio.
<b>Síntomas</b>	Los síntomas son percibidos como advertencias de amenazas a la salud y la experiencia subjetiva de la persona.

<b>Autoeficacia percibida para el automanejo de síntomas</b>	La habilidad de una persona para implementar comportamientos específicos situacionales para alcanzar metas, expectativas u otro tipo de desenlaces designados.
<b>Automanejo de síntomas</b>	Un proceso autodirigido y dinámico de implementación de comportamientos que reconocen, previenen y alivian o disminuyen el tiempo (frecuencia, duración y ocurrencia), intensidad, angustia, concurrencia y la calidad desagradable de los síntomas para alcanzar desenlaces óptimos.
<b>Desenlaces de rendimiento</b>	El desenlace o el efecto de la experiencia de autocontrol de los síntomas de una persona.

Fuente: Hoffman AJ. Enhancing self-efficacy for optimized patient outcomes through the theory of symptom self-management. *Cancer Nurs.* 2013;36(1).

La TSSM propone un marco teórico acorde y pertinente para guiar la práctica clínica a profesionales de enfermería que cuiden o realicen seguimientos a personas con CP pues esta teoría fue desarrollada desde un contexto de cronicidad, específicamente con personas con cáncer de pulmón, por consiguiente, se considera pertinente y necesario probar los conceptos y proposiciones de esta teoría para generar y reafirmar el conocimiento de la disciplina de enfermería.

### 3.2.1 RELACIÓN DE LA INTERVENCIÓN CON LOS CONCEPTOS CENTRALES DE LA TSSM

#### Características de los pacientes

Las personas que se encuentran diagnosticadas con CP y se encuentran en tratamiento están influenciadas por diversas características que abarcan aspectos físicos, sociales, culturales y sociales que juegan un papel muy importante en las experiencias vividas y en los resultados que se obtienen durante su proceso de tratamiento y rehabilitación.

Desde la parte física, los hombres que reciben un tratamiento presentan síntomas específicos como alteraciones urinarias evidenciadas con la necesidad de orinar a menudo especialmente durante las noches, disuria, tenesmo, chorro de orina débil o escaso, dolor, dificultad para tener erecciones, dolor durante la eyaculación, dolor o presión en el recto (22,23,32). Entre los síntomas cognitivos se encuentran la tristeza, insomnio, ansiedad, depresión, cambios de humor, preocupación entre otros (4–7,20,23,33–41).

Lo anterior se asocia a aspectos culturales, sociales y familiares que desempeñan un papel crucial en el apoyo de las personas que se encuentran en este proceso. De acuerdo con la literatura (103), la mayoría de los hombres en tratamiento con CP están casados y cuentan con el apoyo de sus parejas, aspecto relevante que se debe tener en cuenta para promover un adecuado proceso durante el tratamiento. Asimismo, aún se encuentran en una etapa laboral activa, por tanto, las preocupaciones relacionadas con la posibilidad de perder su empleo mientras se encuentran en tratamiento, intensifica la severidad de los síntomas cognitivos.

El curso de vida de estos hombres es otra característica contextual que debe tenerse en cuenta para el automanejo de los síntomas. Los factores relacionados con la edad, las comorbilidades o la presencia de otras enfermedades crónicas pueden afectar el tratamiento y los resultados.

#### Síntomas

Los síntomas son advertencias percibidas de amenazas a la salud y la experiencia subjetiva de la persona. Existen diferentes definiciones de síntoma (tabla 3-3)

**Tabla 3-3** Definiciones de Síntoma

Autor	Definición de Síntomas
<b>Diccionario de la lengua española (104)</b>	Manifestación reveladora de una enfermedad. Señal o indicio de algo que está sucediendo o va a suceder.
<b>Oxford English Dictionary (7)</b>	síntoma se define como "un fenómeno (corporal o mental), circunstancia o cambio de condición derivado de y acompañando una enfermedad o afecto, y constituyendo una indicación o evidencia de ello "
<b>Rhodes and Watson (1987) (105)</b>	fenómeno subjetivo considerado por el individuo como una indicación o característica de una condición que se aleja de la función, sensación o apariencia normales

<b>Dood, Janson, et al. (2001)</b> (106)	Experiencia subjetiva que refleja cambios en el funcionamiento biopsicosocial, sensaciones o cognición de un individuo.
<b>Hoffman (2013)</b> (2)	Los síntomas son advertencias percibidas como amenazas a la salud y la experiencia subjetiva de la persona.
<b>Qiu C et al. 2019</b> (107)	Los síntomas son un marcador significativo de mejoría o exacerbación de enfermedades, que también es la base para la clasificación, el diagnóstico y el tratamiento.

Fuente: Datos obtenidos de la búsqueda de la literatura

Los síntomas de los hombres con CP están relacionados con tratamiento, el síntoma más común es la **incontinencia urinaria**. En la prostatectomía, la extirpación quirúrgica de la próstata hace que la vejiga se vaya hacia abajo y se conecte con la uretra en el punto donde alguna vez estuvo la próstata. Si el esfínter en la base de la vejiga se daña durante este proceso, puede ocurrir incontinencia urinaria o fuga. Esta tasa depende de los factores del paciente (la edad avanzada y la obesidad son factores de riesgo de una peor incontinencia urinaria). Los hombres mayores de 65 años tienen más probabilidades de tener incontinencia urinaria después de la cirugía.

La radioterapia está dirigida a la próstata. La tecnología avanzada dirige la dosis de radiación lejos de la vejiga y el recto. La uretra pasa por el centro de la próstata, por lo que recibirá radiación, pero afortunadamente, la uretra es muy resistente a la radioterapia. Sin embargo, puede irritarse durante y meses después de la radioterapia, lo que generalmente se manifiesta como un leve aumento en la frecuencia y urgencia urinaria. Esto también puede provocar nicturia o despertarse más por la noche para orinar.

#### Función intestinal

Los desechos sólidos que se excretan del cuerpo descienden lentamente por los intestinos y, en circunstancias normales, las heces resultantes pasan a través del recto y luego salen por el ano. El daño al recto puede provocar problemas intestinales, como sangrado rectal, diarrea o urgencia.

En la prostatectomía es muy raro (menos del 1%) que los hombres presenten una función intestinal alterada después de la cirugía. En casos raros de cáncer de próstata localmente

avanzado en los que el cáncer invade el recto, la cirugía puede provocar daño rectal, pero no se utiliza con frecuencia en este tipo de casos.

Dado que el recto se encuentra justo detrás de la próstata, también puede recibir algo de radiación durante el tratamiento. Es posible que la persona genere heces más blandas, diarrea, sangrado rectal o inflamación.

### Función sexual

Independientemente de si los nervios quedaron intactos durante la cirugía o si se utilizó la planificación de dosis más precisa durante la radioterapia, **la disfunción eréctil** sigue siendo el efecto secundario más común después del tratamiento. Esto se debe a que los nervios y vasos sanguíneos que controlan el aspecto físico de una erección son increíblemente delicados y cualquier traumatismo en la zona puede provocar cambios. Del mismo modo, los hombres con disfunción eréctil inicial y/u otras enfermedades o trastornos que afectan la capacidad de mantener una erección, como diabetes o problemas vasculares, tendrán más dificultades para volver a la función previa al tratamiento.

Cuatro componentes principales de la función eréctil pueden verse afectados por el tratamiento del cáncer de próstata:

1. La libido (deseo sexual) comúnmente disminuye mediante una terapia hormonal que reduce la testosterona. Se puede tener una libido baja y aún así lograr una erección, pero suele ser más difícil para los hombres que tienen menos interés en el sexo. Esto volverá una vez que la testosterona se normalice después de completar la terapia hormonal. La pérdida de la libido puede ser una preocupación importante para algunos pacientes y/o para su terapia hormonal. Aparte de la terapia hormonal, el diagnóstico y el tratamiento pueden provocar sentimientos complejos que incluyen tristeza, ira y ansiedad. Estos son sentimientos normales que, cuando no se controlan, también pueden comprometer su deseo sexual.

2. La capacidad mecánica es la capacidad de lograr una erección firme. Está controlado por los nervios y vasos estrechamente asociados con la próstata y las estructuras cercanas al pene. La capacidad mecánica se ve más afectada por la cirugía o la radioterapia.

3. El orgasmo/clímax puede ser más difícil después del tratamiento, especialmente si la libido es baja o las erecciones no son tan firmes como solían ser. Esto suele ser transitorio y se resolverá. Es importante distinguir el orgasmo de la eyaculación, ya que los hombres seguirán teniendo la sensación de placer del orgasmo sin eyaculación.

4. La cantidad de eyaculación puede ser mínima después del tratamiento. La próstata y las vesículas seminales que funcionan para producir la eyaculación se extirpan y/o irradian durante el tratamiento, por lo que es común tener una eyaculación mínima o nula después.

De acuerdo con Hoffman, la teoría TSSM explica la importancia de la multiplicidad de los síntomas, sus interacciones y explica la importancia de la multiplicidad de los síntomas, sus interacciones y sus efectos exacerbantes sobre la carga total de síntomas.

#### Autoeficacia percibida

La autoeficacia percibida es un componente fundamental de la Teoría Sociocognitiva que considera el funcionamiento humano como el producto de la interacción dinámica entre el entorno, el comportamiento y las características de la persona. La autoeficacia percibida es la capacidad de la persona para implementar conductas para alcanzar determinados tipos de resultados, como por ejemplo el manejo de los síntomas.

Según Bandura, las personas con altos niveles de autoeficacia percibida tienen la capacidad de controlar amenazas como los síntomas físicos y psicológico, y se realizan a través de intervenciones de mejora de la autoeficacia con el fin de optimizar el estado funcional y prevenir la cronicidad de los síntomas.

Bandura refiere que las intervenciones que mejoran la autoeficacia percibida son: experiencias de dominio directo que estaría relacionado con la educación para la salud que brinda la enfermera desde la evidencia en este caso fueron los ejercicios del suelo pélvico para la incontinencia urinaria, experiencias indirectas como la socialización con pares, persuasión social y verbal que se hizo por medio del asesoramiento y seguimiento por parte del equipo de atención médica (médico, enfermera de la Unidad Oncológica), retroalimentación y refuerzo positivo realizado sobre el avance en el proceso que pasaba la persona durante su tratamiento. Y finalmente por medio de la interpretación de estados fisiológicos y cognitivos por medio del seguimiento semanal de los síntomas que

presentaron durante el tratamiento y a las 8 semanas posterior a la terminación del tratamiento.

#### Automanejo de síntomas

El automanejo de los síntomas se ha abordado desde diferentes perspectivas. Es considerado como una estrategia para prevenir o abordar efectos secundarios causados por el tratamiento y la enfermedad. Es un proceso dinámico y multidimensional autodirigido por el paciente con el objetivo de minimizar los síntomas y/o aliviar la angustia derivada. En la tabla 3-4 se relaciona la evolución que ha tenido el concepto de automanejo de síntomas.

**Tabla 3-4** Definiciones de automanejo del síntoma en la revisión de la literatura

Autor	Definición
<b>National Cancer Institute</b>	<b>El manejo de los síntomas</b> consiste en prevenir o tratar los síntomas de una enfermedad, abordar los efectos secundarios causados por el tratamiento de una enfermedad y reducir los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad lo antes posible.
<b>Fu et al. 2004</b> (64)	<b>El manejo del síntoma en pacientes con cáncer</b> es un proceso dinámico y multidimensional en el que los pacientes actúan e interactúan intencionalmente y con propósito con la percepción (o percepción previa) de los síntomas para iniciar actividades o dirigir a otros a realizar actividades para aliviar o disminuir angustia y prevenir la aparición de un síntoma.
<b>Hoffman (2013)</b> (63)	<b>El automanejo del síntoma</b> es el proceso dinámico y autodirigido de implementación de comportamientos que reconocen, previenen, alivian y disminuyen el tiempo (frecuencia, duración, ocurrencia), intensidad, angustia, concurrencia y calidad de los síntomas desagradables para lograr resultados de rendimiento óptimos.
<b>Hsiao, 2014</b> (61)	<b>El automanejo del síntoma</b> se define como una aplicación de estrategias que el individuo (paciente) utiliza para aliviar intencionalmente los síntomas, lo que repercute en que la persona conozca mejor su enfermedad y cómo manejarla.

<b>Van Vu et al. (2017)(62)</b>	<b>El manejo de los síntomas</b> consiste en prevenir o tratar los síntomas de una enfermedad, abordar los efectos secundarios causados por el tratamiento de una enfermedad y reducir los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad lo antes posible.
---------------------------------	---

Fuente: Datos obtenidos de la búsqueda de la literatura

La información identificada en la revisión de la literatura determina que el automanejo de síntomas es un concepto abordado desde diferentes perspectivas. Aunque existen definiciones explícitas, el significado varía. Si bien es considerado como un proceso dinámico multidimensional, también como una estrategia y como un proceso autodirigido; por lo tanto, no es claro para la comunidad científica.

Desenlaces de rendimiento: De acuerdo con Hoffman, los desenlaces de rendimiento pueden ser físicos y cognitivos y hace referencia a la actividad física que las personas realizan en el curso normal de sus vidas para satisfacer sus necesidades básicas, cumplir sus funciones habituales y mantener su salud y bienestar (108). El desempeño cognitivo, incluye actividades como la concentración, el pensamiento y resolución de problemas. Estudios han identificado que los síntomas, impactan negativamente el estado funcional de la persona, en el caso de los hombres con CP los síntomas urinarios, obstructivos, sexuales y hormonales alteran su funcionalidad.



## 4. Estado del arte

### 4.1 Automanejo de síntomas

El automanejo es un concepto que ha sido abordado desde diferentes disciplinas: psicología, enfermería y medicina, ha pasado de ser una estrategia grupal educativa a un proceso dinámico individual para afrontar los cambios físicos, sociales y cognitivos provocados por una enfermedad. En los últimos años se han integrado aspectos relevantes tales como acompañamiento del profesional de la salud, autoeficacia, se involucra a la familia, el contexto (cultura), además son determinantes los aspectos espirituales (58,109–114). Las definiciones encontradas en la literatura sobre el automanejo de los síntomas determinan que es un concepto abordado desde diferentes perspectivas. Aunque existen definiciones explícitas, el significado varía. Es considerado como una estrategia para prevenir o abordar los efectos secundarios causados por el tratamiento de una enfermedad (26,51); un proceso dinámico y multidimensional autodirigido por el paciente con el objetivo de minimizar los síntomas y/o aliviar la angustia derivada (2,64).

Hoffman A et al. (2) proponen la Teoría del automanejo de los síntomas (TSSM), que se deriva de dos teorías de rango medio: la teoría de los síntomas desagradables y la teoría de la autoeficacia de Bandura. Esta teoría tiene como objetivo optimizar el automanejo de los síntomas mediante la acción autodirigida (2). Se construyó utilizando los componentes de las intervenciones que mejoran la autoeficacia percibida, los síntomas característicos del paciente, la autoeficacia percibida para el automanejo de síntomas, los comportamientos de automanejo de los síntomas y los resultados de desempeño por ejemplo el estado funcional (2).

De acuerdo con Hoffman et al., la autoeficacia percibida determina cómo una persona piensa, siente, se motiva y actúa. Las creencias de autoeficacia percibida son desarrolladas e influenciadas a través de cuatro fuentes principales de información. Estas fuentes de información son precursoras de la autoeficacia percibida para el automanejo de

---

los síntomas y forman la base de las intervenciones que mejoran la autoeficacia percibida y se definen como experiencias de maestría directa (realizar una actividad), experiencias indirectas (observar a pares realizar con éxito una actividad), persuasión social o verbal (ser influenciado para creer en las capacidades para lograr una meta) e interpretar inferencias de estados fisiológicos y psicológicos indicativos de fortalezas y vulnerabilidades personales para alcanzar las metas (2).

La TSSM identifica múltiples características del paciente que influyen los síntomas, incluyendo características fisiológicas, psicológicas y contextuales. La evaluación de estas características del paciente es necesaria para ayudar a desarrollar un plan de atención individualizado que implemente intervenciones de mejora de la autoeficacia percibida. En las personas con CP las comorbilidades, el tipo de tratamiento que esté recibiendo (radioterapia, quimioterapia, braquiterapia, terapia hormonal), la edad, estado mental y cognitivo son variables que pueden interferir al momento de plantear la intervención (2,115).

Con base en la teoría, los síntomas son advertencias percibidas de amenazas a la salud, es una experiencia subjetiva de la persona y pueden ser tanto físicos como psicológicos. Según Bandura, las personas con altos niveles de autoeficacia percibida pueden ejercer control sobre amenazas tales como síntomas físicos y psicológicos. La implementación de intervenciones de mejora de la autoeficacia percibida es importante para el control de los síntomas a fin de optimizar el estado funcional y prevenir la cronicidad de los síntomas. (2,81).

El automanejo de los síntomas es un elemento importante para maximizar los desenlaces de rendimiento de la experiencia de los síntomas. Por lo tanto, los desenlaces del rendimiento se definen como el resultado o el efecto de la experiencia de automanejo de los síntomas de una persona. Los desenlaces de rendimiento incluyen aspectos funcionales como la actividad física, acciones de la vida diaria, prácticas sociales y de interacción con otras personas, el desempeño de roles en el trabajo y otros ámbitos de la vida diaria. Por otro lado, se encuentra el desempeño cognitivo, que incluye atributos como la concentración, el pensamiento y la resolución de problemas. Los estudios han encontrado que los síntomas impactan adversamente el estado funcional de la persona (2).

Los desenlaces de rendimiento funcional tanto físicos como cognitivos están directamente relacionados con la CVRS en personas con CP. Las dimensiones de la CVRS en personas con CP están determinadas por el estado físico, ambiente familiar y social, estado emocional, capacidad de funcionamiento y síntomas específicos del CP y coinciden con los aspectos descritos por Hoffman et al., en la TSSM en los desenlaces de rendimiento funcional (físico y cognitivo) (116).

Se han realizado intervenciones de automanejo destinadas a reducir los efectos de los síntomas físicos y psicológicos que produce el CP; ninguna ha utilizado como marco de referencia la TSSM; dichas intervenciones han sido exploradas por psicólogos, enfermeros y otros profesionales de la salud; y se han implementado desde un enfoque educativo (35,65), seguimiento a los pacientes por medio de llamadas telefónicas (22), modelos de consulta, recursos multilingües de automanejo (24), programas web (66), estrategias de intervención multimodal (34,67), aplicaciones de internet (117), aplicaciones para smartphone (43,69), intervenciones cognitivas conductuales y psicosociales (39,40,71), ejercicio físico e intervenciones nutricionales (9,37,41). Los efectos informados en las diferentes intervenciones de automanejo en personas con CP fueron disminución de la intensidad o carga de los síntomas y mayor CVRS (21,23,24,40,66,71,73,74) mejor rendimiento físico (58) y autoeficacia mejorada (24,43,74,77).

Estos estudios concluyeron que al momento de realizar una intervención de automanejo se deben tener en cuenta dos elementos centrales, el primero; se debe adaptar a las necesidades del paciente y segundo facilitar la autoeficacia mediante el establecimiento de objetivos y la planificación de las acciones, aspectos que son abordados desde la TSSM (3). La autoeficacia y el automanejo de los síntomas son conceptos clave que afectan los desenlaces de rendimiento funcional y cognitivo de las personas con cáncer en todas las etapas de tratamiento. Según Bandura (2001), la autoeficacia es la capacidad de una persona de implementar comportamientos para obtener un resultado deseado. Se espera que los adultos manejen ellos mismos sus síntomas, pero es posible que no tengan la autoeficacia para hacerlo (2,3); en circunstancias especiales como el manejo del cáncer es la “capacidad de implementar comportamientos para prevenir, reconocer y aliviar los síntomas” (4,24,65,74,77).

La literatura reporta varias intervenciones dirigidas por profesionales de enfermería en las que la autoeficacia es una variable moderadora en el automanejo de síntomas, dichas intervenciones se relacionan en la tabla 4-1.

**Tabla 4-1** Intervenciones basadas en la autoeficacia para el automanejo de síntomas dirigidas por enfermeras.

Autores	Objetivo	Muestra	Variables e instrumentos	Resultados
<b>Hoffman et.al., 2017 (Estados Unidos) (94)</b>	Intervención cuantitativa con encuestas en persona y por vía telefónica prequirúrgica y posquirúrgica en las semanas 1, 3 y 6; usando un diario semanal; y medir los resultados funcionales prequirúrgicos, posquirúrgicos en las semanas 3 y 6 para investigar los efectos de una intervención de ejercicio para promover la autoeficacia percibida para el autocontrol de la fatiga.	72 pacientes posquirúrgicos con cáncer de pulmón no microcítico	<b>Variables:</b> Viabilidad y aceptabilidad de la intervención, efecto de la intervención sobre la gravedad de la fatiga relacionada con el cáncer, autoeficacia percibida para el automanejo de la fatiga, estado funcional <b>Instrumentos:</b> autoeficacia percibida para el automanejo de la fatiga.	La intervención fue factible; el grupo de intervención mejoró la autoeficacia percibida para el autocontrol de la fatiga; la fatiga se redujo y los componentes de salud mental y física del rendimiento funcional en el grupo de intervención mejoraron en comparación con el grupo de control.
<b>Mosher et.al., 2016 (Estados Unidos)(118)</b>	Intervención cuantitativa con encuestas al inicio y a las 2 y 6 semanas para examinar la eficacia de una intervención telefónica para el manejo de los síntomas.	106 pacientes con cáncer de pulmón y sus cuidadores familiares	<b>Variables:</b> síntomas depresivos y de ansiedad, severidad del dolor, autoeficacia para el manejo de los síntomas. <b>Instrumentos:</b> versión modificada de una escala estándar de autoeficacia para personas con artritis, Cuestionario de salud del paciente – 8, Trastorno de ansiedad generalizada – 7, Inventario breve de dolor, Inventario de síntomas de fatiga. Escala de evaluación de síntomas conmemorativos	No hay diferencias significativas entre los grupos en los síntomas, la autoeficacia para el manejo de los síntomas o las limitaciones sociales percibidas
<b>Zhang et al., 2014 (China)(119)</b>	Intervención cuantitativa con encuestas a los 3 y 6 meses para evaluar los efectos de una intervención de mejora de la autoeficacia dirigida por una enfermera en comparación con la atención de rutina.	152 pacientes con cáncer colorrectal diagnosticados en los últimos 6 meses.	<b>Variables:</b> autoeficacia, síntomas de angustia, ansiedad y depresión, calidad de vida <b>Instrumentos:</b> Inventario de ajuste del paciente de cáncer de Stanford, Inventario de síntomas del MD Anderson, Escala de ansiedad y depresión hospitalaria, versión china.	El grupo de intervención tuvo una mejora significativa en la autoeficacia y una reducción en la gravedad de los síntomas, la interferencia de los síntomas, la ansiedad y la depresión.

<p><b>Ruland et.al., 2013 (Noruega) (120)</b></p>	<p>Intervención cuantitativa con encuestas a los 3, 6, 9 y 12 meses para examinar los efectos de una aplicación interactiva de comunicación de salud basada en Internet sobre la angustia de los síntomas, la depresión, la autoeficacia, la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social</p>	<p>325 pacientes con cáncer de mama o próstata que estaban en tratamiento</p>	<p><b>Variables:</b> síntomas de angustia, depresión, autoeficacia, calidad de vida relacionada con la salud, apoyo social <b>Instrumentos:</b> Cancer Behavior Inventory 2.0, Memorial Symptom Assessment Scale – Short Form</p>	<p>Efecto significativo sobre la angustia de los síntomas; sin diferencias significativas en otros resultados.</p>
<p><b>Oakley et al., 2010 (Reino Unido)(121)</b></p>	<p>Métodos mixtos que utilizan la revisión de la literatura, el estudio etnográfico y de viabilidad, la observación participante, la conversación, las notas y el diario reflexivo, las entrevistas y el desarrollo de la intervención para obtener una idea de la experiencia del paciente, desarrollar la comprensión de recibir quimioterapia oral e investigar el uso de un diario personal - medicación, manejo de síntomas, adherencia y autoeficacia</p>	<p>8 pacientes tratados con quimioterapia oral y profesionales de la salud que los atendieron</p>	<p><b>Variables:</b> experiencia de quimioterapia oral, factores que mejoran el autocontrol <b>Instrumentos:</b> Inventario de Comportamiento del Cáncer (versión abreviada), Escala de evaluación de síntomas conmemorativos - Forma corta</p>	<p>Temas de renuncia al control y factores moderadores; las tendencias mostraron una asociación entre el manejo eficaz de los síntomas y una mayor autoeficacia; El diario fue efectivo y útil.</p>
<p><b>Faithfull et al., 2010 (70)</b></p>	<p>evaluar la viabilidad de una intervención de autogestión para ayudar a los hombres a hacer frente a los síntomas del tracto urinario inferior como resultado de la radioterapia para el cáncer de próstata.</p>	<p>71 hombres con síntomas urinarios moderados a severos 3 meses o más después de la radioterapia.</p>	<p><b>Variables:</b> Síntomas del tracto urinario inferior, calidad de vida relacionada con la salud, autoeficacia. <b>Instrumentos:</b> Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) QLQ-C30 y QLQ-PR25; Autoeficacia: Stanford Patient Education Research Center; síntomas del tracto urinario inferior:</p>	<p>Estudio los investigadores identifican un nivel muy alto de autoeficacia al momento de realizar la intervención que permitió un efecto positivo en los resultados finales.</p>



## **5. Objetivos**

### **5.1 Objetivo general**

Determinar la efectividad de la intervención Prostatictive para el automanejo de síntomas y su repercusión en el rendimiento funcional, en personas con cáncer de próstata en tratamiento que asisten a la Unidad Oncológica de la de la Clínica Los Nogales entre el II semestre de 2022 y el I semestre de 2023 en la ciudad de Bogotá D.C.

### **5.2 Objetivos específicos**

~~Diseñar y aplicar una Intervención para el automanejo de síntomas en personas con cáncer de próstata en tratamiento en la Unidad Oncológica de la Clínica Los Nogales entre el II semestre de 2022 y el I semestre de 2023.~~

Determinar el perfil sociodemográfico de las personas con cáncer de próstata en tratamiento del grupo intervención (GI) y del grupo control (GC) que asisten a la Unidad Oncológica de la Clínica Los Nogales entre el II semestre de 2022 y el I semestre de 2023.

Determinar la autoeficacia percibida, el automanejo de los síntomas y el rendimiento funcional en el grupo experimental y control en personas con cáncer de próstata en tratamiento que asisten a la Unidad Oncológica de la Clínica Los Nogales entre el II semestre de 2022 y el I semestre de 2023, previo a las intervenciones.

Comparar el efecto de la intervención Prostatictive en la autoeficacia, el automanejo de síntomas y el rendimiento funcional en personas con cáncer de próstata con el grupo control que asisten a la Unidad Oncológica de la Clínica Nogales entre el II semestre de 2022 y el I semestre de 2023.

Evaluar el efecto postintervención de la Intervención Prostatictive en la autoeficacia, el automanejo de síntomas y el rendimiento funcional en personas con cáncer de próstata en

tratamiento en el grupo intervención que asisten a la Unidad Oncológica de la Clínica Nogales entre el II semestre de 2022 y el I semestre de 2023.

### **5.3 Hipótesis de la investigación**

Para el desarrollo de esta investigación se plantearon dos hipótesis teóricas:

- La intervención de enfermería Proactive para el automanejo de los síntomas mejora el rendimiento funcional en personas con cáncer de próstata en tratamiento.
- Las intervenciones basadas en la autoeficacia mejoran el automanejo de los síntomas en personas con cáncer de próstata.

## 6. Marco metodológico

### 6.1 Diseño del estudio

Es un diseño experimental paralelo determinado por la conformación aleatoria de dos grupos (control y experimental) (122,123). El grupo intervención (GI) recibió la intervención “Prostactive” mientras que el grupo control (GC) recibió el cuidado habitual y posteriormente se determinó el efecto de la intervención. Su esquema se representa en la tabla 6-1.

**Tabla 6-1** Esquema tipo de diseño experimental

Grupo		Preprueba	Intervención	Posprueba	Seguimiento
Experimental	GI	O <sub>1</sub>	X <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>
Control	GC	O <sub>1</sub>	(-)	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>

Fuente: Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1995). Diseños experimentales y cuasi experimentales en la investigación social.

En la tabla anterior se explica el esquema del diseño experimental:

GI: Es el grupo de participantes. Hombres con CP en tratamiento.

X: Intervención de enfermería “Prostactive” para el automanejo de los síntomas en pacientes con CP en tratamiento.

(-): Cuidado habitual que consiste en las recomendaciones escritas o seguimientos telefónicos realizados por los profesionales de enfermería en el área hospitalaria o el médico especialista de la institución en salud en el cual se abordarán las personas con CP de próstata en tratamiento.

O<sub>1</sub>: Corresponde a la primera medición preprueba del GI y GC de las variables de autoeficacia, automanejo de síntomas y rendimiento funcional antes de la Intervención Prostactive y el cuidado habitual.

O<sub>2</sub>: Corresponde a la segunda medición inmediatamente posterior a la aplicación de la Intervención Prostatica e Intervención Convencional.

O<sub>3</sub>: Corresponde a la medición de seguimiento a la 8 semanas posterior a la aplicación de la Intervención Prostatica e Intervención Convencional.

## 6.2 Hipótesis de la investigación

Para el desarrollo de esta investigación se plantearon dos hipótesis estadísticas:

### 1. Rendimiento Funcional

$$H_0 : \mu_{\text{Funcional\_Intervención}} = \mu_{\text{Funcional\_Control}}$$

$$H_a : \mu_{\text{Funcional\_Intervención}} \neq \mu_{\text{Funcional\_Control}}$$

### 2. Automanejo de síntomas

$$H_0 : \mu_{\text{Asintomas\_Intervención}} = \mu_{\text{Asintomas\_Control}}$$

$$H_a : \mu_{\text{Asintomas\_Intervención}} \neq \mu_{\text{Asintomas\_Control}}$$

## 6.3 Sujetos

### 6.3.1 Población y muestra

#### ***Población diana.***

Hombres diagnosticados con CP localizado y que se encuentren en tratamiento con radioterapia, prostatectomía y/o terapia coadyuvante.

#### ***Población accesible***

Hombres diagnosticados con CP localizado y que se encuentren en tratamiento con radioterapia, prostatectomía y/o terapia coadyuvante que asistan a la Unidad Oncológica o de Radioterapia de la Clínica Los Nogales.

#### ***Población de Sujetos Elegibles***

Determinados por los criterios de selección.

### Criterios de selección

#### **Criterios de inclusión**

1. Hombres que hayan sido diagnosticados con cáncer de próstata localizado (3 a 6 meses que se encuentren en tratamiento con radioterapia, prostatectomía radical y/o terapia coadyuvante).
2. Pacientes con CP localizado en los estadios T1 a T3.
3. Acceso a teléfono
4. Hombres con nivel de actividad de Karnofsky de 60%

#### **Criterios de exclusión**

1. Antecedentes de lesiones cerebrales, demencia o enfermedad psiquiátrica que interfieran con la adecuada valoración del automanejo de síntomas y los desenlaces de rendimiento funcional.
2. Presentar recurrencia o progresión del cáncer de próstata a un estadio más avanzado ya que los síntomas físicos y cognitivos son diferentes a los abordados en esta investigación.
3. Estar en tratamiento por otro tipo de cáncer pues los síntomas están relacionados con el tipo de tratamiento.

#### ***Población de Sujetos Elegibles***

Hombres diagnosticados con CP en tratamiento con radioterapia, prostatectomía y/o terapia coadyuvante, que ingresen a la Unidad Oncológica y/o servicio de radiología de la Clínica Los Nogales ubicado en la ciudad de Bogotá D.C.

### **6.3.2 Muestra**

#### ***Tipo de muestra:***

El diseño de la muestra es probabilístico debido a que los participantes tienen la misma probabilidad conocida de ser seleccionados (124). Se asignó aleatoriamente por bloques permutados los dos grupos de intervención.

1. AB
2. BA

A: grupo intervención

B: grupo control

La selección se realizó utilizando la función aleatoria RANDOM (función uniforme entre 0 y 1) con la ecuación  $RANDOM * 2 + 1$  y se tomó la parte entera para seleccionar el bloque o pareja 1 o 2. En la tabla 6-2 se presenta la aleatorización de la muestra.

**Tabla 6-2** Asignación aleatoria de los participantes

N°	Aleatorización	Grupo	N°	Aleatorización	Grupo
1	2	BA	32	2	BA
2	1	AB	33	2	BA
3	1	AB	34	1	AB
4	2	BA	35	1	AB
5	2	BA	36	1	AB
6	1	AB	37	1	AB
7	2	BA	38	2	BA
8	2	BA	39	1	AB
9	1	AB	40	1	AB
10	2	BA	41	2	BA
11	1	AB	42	2	BA
12	2	BA	43	1	AB
13	2	BA	44	2	BA
14	2	BA	45	1	AB
15	2	BA	46	1	AB
16	1	AB	47	1	AB
17	2	BA	48	1	AB
18	2	BA	49	2	BA
19	1	AB	50	2	BA
20	1	AB	51	1	AB
21	1	AB	52	1	AB
22	1	AB	53	2	AB
23	1	AB	54	1	AB
24	2	BA	55	2	BA
25	2	BA	56	1	AB
26	1	AB	57	2	BA
27	1	AB	58	2	BA
28	1	AB	59	1	AB
29	1	AB	60	2	BA
30	2	BA	61	1	AB
31	1	BA	62	2	BA

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023

La asignación de los participantes a cada grupo se realizó por medio de la ayuda la enfermera auxiliar que se encontraba en el servicio de radiología. De acuerdo con el orden de inicio del tratamiento semanal, se generó un listado de los participantes que previamente habían aceptado participar en la intervención.

### Marco muestral

El marco muestral estuvo conformado por los hombres que ingresaron al servicio de radioterapia y Unidad Oncológica que iniciaron tratamiento para el CP localizado desde marzo de 2022 hasta junio de 2023 que cumplieron con los criterios selección determinados para el estudio.

### Tamaño de la muestra

El cálculo de la muestra se realizó con base en la comparación de dos grupos de muestras independientes. Se calculó un tamaño de la muestra mínimo de  $n = 50$  sujetos por grupo, de acuerdo con los siguientes parámetros: una diferencia esperada de 7 en el puntaje total del Rendimiento Funcional entre ambos grupos en estudios previos (32,77,125), una potencia del 90%, un nivel de confianza de 95%, una desviación estándar en las puntuaciones del estado funcional de 10 y un ajuste por pérdidas del 20%. Para el cálculo se utilizó el programa Epidat 3.1.

El tamaño de la muestra global fue de 100 participantes, 50 en cada grupo.

## 6.4 Clasificación de variables y su definición

Las variables en un estudio son atributos, propiedades, características que cambian de valor y pueden ser medibles ((126). Para esta investigación en la tabla 6-3 se relacionan las variables.

**Tabla 6-3** Variables del estudio

Variables	Definición conceptual	Definición operativa	Escala operacional	Escala de medición	Tipo de variable	Fuente principal
<b>Autoeficacia percibida</b>	La habilidad de una persona para implementar comportamientos específicos situacionales para alcanzar	Habilidad de la persona con CP para implementar comportamientos (experiencias de dominio directo, experiencias	1= no todo es cierto, 2= difícilmente cierto, 3= Moderadamente cierto, 4= Exactamente cierto	Nominal policotómica	Modificadora	Cuestionario (General Self-Efficacy Scale (GSE)

	metas, expectativas u otro tipo de desenlaces designados.	indirectas, persuasión social/verbal) específicos situacionales para alcanzar metas, expectativas u otro tipo de desenlaces designados				
<b>Automanejo de síntomas</b>	Proceso autodirigido y dinámico de implementación de comportamientos que reconocen, previenen y alivian o disminuyen el tiempo (frecuencia, duración y ocurrencia), intensidad, angustia, concurrencia y la calidad desagradable de los síntomas para alcanzar desenlaces óptimos.	Proceso autodirigido y dinámico de implementación de comportamientos (ejercicios vesicales, entrenamiento de músculos pélvicos) para prevenir, aliviar y disminuir el tiempo (frecuencia, duración y ocurrencia), intensidad, angustia, concurrencia y calidad desagradable de los síntomas urinarios como incontinencia urinaria, disfunción eréctil en personas con CP.	<p><b>Síntomas urinarios</b></p> <p>0. Ningún problema</p> <p>1. Un problema muy pequeño</p> <p>2. Un problema pequeño.</p> <p>4. Un problema moderado</p> <p>5. Un gran problema</p> <p><b>Síntomas intestinales</b></p> <p>0. Ningún problema</p> <p>1. Un problema muy pequeño</p> <p>2. Un problema pequeño.</p> <p>4. Un problema moderado</p> <p>5. Un gran problema</p> <p><b>Síntomas sexuales</b></p> <p>0. Ningún problema</p> <p>1. Un problema muy pequeño</p> <p>2. Un problema pequeño.</p> <p>4. Un problema moderado</p> <p>5. Un gran problema</p> <p><b>Síntomas Hormonales</b></p> <p>0. Ningún problema</p> <p>1. Un problema muy pequeño</p> <p>2. Un problema pequeño.</p> <p>4. Un problema moderado</p> <p>5. Un gran problema</p>	Ordinal	Dependiente	Cuestionario EPIC-26
<b>Rendimiento funcional</b>	Desenlace o el efecto de la experiencia de	Actividades funcionales como la	<b>Bienestar físico</b> 0= Nada	Ordinal	Dependiente	Cuestionario

	automanejo de los síntomas de las personas con cáncer de próstata	actividad física, las actividades de la vida diaria, las actividades sociales y la interacción, y el desempeño de roles, que abarcan el trabajo y otras actividades relacionadas con los roles.	<p>1= Un poco 2= Algo 3= Mucho 4= Muchísimo</p> <p><b>Bienestar social</b></p> <p>0= Nada 1= Un poco 2= Algo 3= Mucho 4= Muchísimo</p> <p><b>Bienestar emocional</b></p> <p>0= Nada 1= Un poco 2= Algo 3= Mucho 4= Muchísimo</p> <p><b>Bienestar funcional</b></p> <p>0= Nada 1= Un poco 2= Algo 3= Mucho 4= Muchísimo</p> <p><b>Síntomas específicos del cáncer de próstata</b></p> <p>0= Nada 1= Un poco 2= Algo 3= Mucho 4= Muchísimo</p>	Ordinal		<p>The Functional Assessment of Cancer Therapy for Patient with Prostate Cancer – FACIT-P</p> <p>Escala de calidad de vida FACIT-P</p>
<b>Tipo de tratamiento oncológico</b>	Sistema o método que se emplea para la curación del cáncer	Método(s) utilizado(s) en el paciente con CP para el manejo del cáncer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prostatectomía</li> <li>2. Radioterapia</li> <li>3. Radioterapia-hormonoterapia</li> <li>4. Radioterapia-braquiterapia</li> </ol>	Nominal policotómica	De confusión	
<b>Comorbilidades</b>	Situación de padecer dos o más enfermedades al mismo tiempo	Otras enfermedades crónicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. EPOC</li> <li>2. HTA</li> <li>3. Diabetes</li> </ol>	Nominal policotómica	De confusión	
<b>Aspectos sociodemográficos</b>						
<b>Edad</b>		Años cumplidos de la persona al momento de la aplicación del cuestionario		Discreta		

<b>Características histológicas</b>	Tejido canceroso en próstata por medio de la escala Gleason	Clasificación	1. Gleason $\leq$ 6 2. Gleason = 7 3. Gleason $\geq$ 8	Discreta		
<b>Nivel de riesgo</b>	Clasificación de acuerdo con los niveles de antígeno prostático (PSA)		1. Riesgo bajo = PSA $\leq$ 10ng/ml 2. Riesgo intermedio = 10 – 20 ng/ml 3. Riesgo Alto = $\geq$ 20 ng/ml			
<b>Estrato socioeconómico</b>		Condición socioeconómica actual de la paciente dada por criterio de servicios públicos	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6	Discreta		
<b>Nivel Educativo</b>		Último año de estudios aprobado en su respectivo nivel educativo.	1. Primaria 2. Bachillerato 3. Técnico 4. Profesional 5. Posgrado 6. Ninguno	Nominal policotómica		
<b>Estado civil</b>		Estado civil actual del paciente	1. Unión libre 2. Casado 3. Soltero 4. Separado 5. Viudo	Nominal policotómica		
<b>Ocupación</b>		Actividad principal del paciente en el último año y otras actividades	1. Hogar 2. Empleado 3. Trabajo independiente 4. Estudiante 5. Otro	Nominal policotómica		

Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023

### 6.4.1 Instrumentos y Medición

Los instrumentos que se aplicaron en esta investigación fueron los siguientes:

- a. Escala General de autoeficacia: este instrumento está conformado por 10 ítems los cuales son evaluados por medio de una escala Likert: 1= en absoluto verdadero, 2=no es cierto, 3= moderadamente verdadero, 4=exactamente cierto, la puntuación total se calcula mediante la suma de todos los elementos, la puntuación total oscila entre los 10 y 40, con una puntuación más alta que indica más autoeficacia. Este instrumento cuenta con pruebas psicométricas para Colombia que incluye confiabilidad interna por medio del alfa de Cronbach con valor de 0.90 y una validez de criterio por medio de análisis factorial el cual cumple con las factores y dimensiones propuesto por el instrumento original .

- b. EPIC-26 (Expanded Prostate Cancer Index Composite) compuesto por 26 ítems y 5 dominios: incontinencia urinaria, alteraciones urinarias irritativas/obstructivas, síntomas intestinales, sexuales y hormonales. La opción de respuesta del instrumento es por medio de la escala Likert, y las puntuaciones de la escala se transforman linealmente a una escala de 0 a 100, donde las puntuaciones más altas representan una mejor percepción en el manejo de los síntomas. Este instrumento cuenta con pruebas psicométricas del instrumento en el idioma español que incluye confiabilidad interna por medio del Alpha de Cronbach con un valor de 0.86, y una validez de constructo que concluye una relación adecuada con los constructos teóricos sobre los efectos adversos relacionados con las modalidades de tratamiento del CP (100), **sin** embargo, al no tener validación en Colombia, se realizó una prueba de comprensión y validez facial con los participantes de la prueba piloto, quienes refirieron entender cada una de las preguntas del instrumento.
- c. Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer – Próstata (FACIT-P), cuenta con 39 ítems y 5 dominios (bienestar físico: 7 preguntas, bienestar social: 7 preguntas, bienestar emocional: 6 preguntas, bienestar funcional: 7 preguntas y la subescala de cáncer de próstata: 12 preguntas. El puntaje global del instrumento es de 156, a mayor puntaje mejor rendimiento funcional. Así mismo cada dimensión tiene un puntaje mínimo y máximo: bienestar físico (0 a 28), bienestar social: (0 a 28), bienestar emocional: (0 a 24), bienestar funcional: (0 a 28) y la subescala de cáncer de próstata: (0 a 48). Este instrumento cuenta con pruebas psicométricas en el contexto colombiano con una confiabilidad media por medio del alfa de Cronbach con un valor de 0.89 y una validez de constructo la cual mostró una organización de variables similares al constructo de la escala original (116,127).

## 6.5 Descripción de la intervención

La intervención de enfermería “Prostactive” para el automanejo de síntomas es un aporte que se realizó siguiendo los lineamientos propuestos por Sidani y Braden(128), se proponen diferentes fases para probar la efectividad de una intervención de enfermería. En la fase 1 se realizó el diseño de la intervención partiendo de la identificación de un problema, revisión de la literatura e identificando la teoría con la cual se podía abordar el problema, posteriormente se realizaron las especificaciones de la intervención en lo relacionado con el objetivo, los componentes, las actividades, el modo y dosis de la

intervención Prostatica. En la fase 2 se realizó la evaluación identificando la aceptabilidad y viabilidad y efectos preliminares, en la fase 3 se realizó la prueba piloto y finalmente en la fase 4 se determinó la efectividad de la intervención.

#### Intervención Convencional

La Intervención convencional suministrada en la Clínica Nogales consistía en los hombres que posterior a la valoración de médico (Radiólogo Oncológico), eran remitidos a la auxiliar de enfermería quien se encargaba de explicarles a los pacientes los siguientes aspectos:

- a. Realización del TAC de simulación: generaban una cita para realizar el examen.
- b. Explicaban la preparación un día antes del examen, la cual consistía en dieta líquida y colocación de enema travad vía oral y rectal.
- c. El día del examen la persona debía llenar vejiga con 600 ml de agua y pasar cuando tuviera vejiga llena.
- d. Posterior a ello, se agendaba a la persona para dar inicio al tratamiento de acuerdo con la dosis prescrita por el médico especialista.
- e. Se suministraba una hoja en la que se les daban las indicaciones de hidratación previa la radioterapia, anunciarse en la recepción, tomar una botella de agua de 600 mL o hasta cuando la vejiga estuviera llena (igual que en el examen de simulación).
- f. En la misma hoja se especificaban los alimentos permitidos y no permitidos.
- g. La Intervención Prostatica incluye también los aspectos antes descritos de la Intervención Convencional.

## **6.6 Procedimientos del estudio**

El procedimiento se realizó en tres fases: la primera fase fue identificar los participantes que cumplían con los criterios de selección, se invitaban a participar en la investigación y si aceptaban se procedió a realizar la firma del consentimiento informado. Posteriormente se realizó la aleatorización de los grupos y finalmente se aplicaron los instrumentos previos a la intervención. La fase dos consistió en la aplicación de la Intervención Prostatica y la Intervención Convencional y en la fase 3 se realizó la aplicación del postest y se realizó seguimiento a las 8 semanas posterior a la terminación de las Intervenciones.

Fase 1: Selección, firma del consentimiento y aleatorización

- En el servicio de radiología y en la Unidad Oncológica de la Clínica Nogales, fueron abordados los hombres con diagnóstico de CP confirmado por PSA y por imágenes diagnósticas y por medio de revisión previa de historia clínica.
- Con apoyo de la auxiliar de enfermería del servicio, se generaba el listado de las personas que iban ingresando cada semana a tratamiento, así mismo se verificaron los criterios de selección de los posibles participantes.
- Los hombres que asistían a los servicios fueron abordados por parte de la investigadora principal, se les invitó a participar en la investigación.
- Se les informó los objetivos de la investigación y que la participación era voluntaria, se dio lectura al consentimiento informado, aclarando cualquier duda que se presentara.
- Los participantes firmaron el consentimiento informado (Anexo 1) y posterior a ello se realizó la aleatorización de los participantes para ser asignados a los grupos.
- La aleatorización se realizó teniendo en cuenta la tabla de aleatorización ya realizada. Por tanto, a medida que los participantes iban iniciando el tratamiento, se iban asignando al bloque correspondiente.
- Se les informó que no debían desplazarse a otro lugar, que en las instalaciones de la Clínica se harían todos los procedimientos acordados.
- Una vez aleatorizados los participantes se procedió a realizar el diligenciamiento de los formatos y a realizar el acercamiento a los participantes para suministrar las intervenciones (Prostactive o convencional) destinadas a cada participante.

#### Fase 2: Aplicación de la Intervención Prostactive y la Intervención Convencional

- Los participantes asignados al grupo experimental fueron abordados posterior a la realización de las sesiones de radioterapia del día en uno de los consultorios del servicio.
- El protocolo diseñado para la intervención incluyó la entrega de la cartilla en la primera sesión y la explicación de cómo se iban a desarrollar las siguientes sesiones.
- En la segunda sesión se le preguntaba al participante cómo le había ido con el auto diligenciamiento de la cartilla en lo que correspondía al módulo 1 y se mostraba el video para la realización de los ejercicios de Kegel además de las recomendaciones para el control de los síntomas urinarios y sexuales.
- En la tercera sesión se hacía seguimiento de lo realizado frente a la sesión anterior, y se hacía énfasis en la dieta para el control de síntomas intestinales e interpretación de sentimientos, pensamientos y emociones. Se enseña a realizar el ejercicio de relajación en 5 minutos.

- En la última sesión se realiza la retroalimentación y seguimiento de auto diligenciamiento de la cartilla frente a las sesiones anteriores. Y se enfatiza en la importancia del soporte social, por ello se incentivó al apoyo familiar, y buscar espacios de interacción con otros hombres que estén o hayan estado en la misma situación.
- Los participantes del grupo experimental podían comunicarse con la investigadora por medio de mensajes en la aplicación WhatsApp en el momento que necesitaran alguna asesoría sobre la Intervención o sobre el diligenciamiento de la cartilla.
- Los participantes del grupo control recibieron la Intervención una vez terminaron la medición postest y de las 8 semanas de seguimiento.

Fase 3: Medición de resultados

- La primera medición se realizó posterior al término de la 4 sesión. Se aplicaron nuevamente la Escala General de Autoeficacia, EPIC-26 y FACIT-P.
- A las 8 semanas terminada la Intervención Prostatica, se realizó llamada telefónica en la cual se aplicaron los mismos instrumentos aplicados en el pretest y postest Tabla 6-4.

**Tabla 6-4** Procedimientos de la Intervención y aplicación de escalas

Mes	Grupo experimental	Grupo Control
<b>Inicio (Medición 1)</b>	Aplicación de escalas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ficha de caracterización</li> <li>- Escala general de autoeficacia (General Self-Efficacy Scale).</li> <li>- Cuestionario EPIC 26</li> <li>- Escala The Functional Assessment of Cancer Therapy for Patient with Prostate Cancer – FACT-P</li> </ul>	
<b>Aleatorización de grupos</b>		
<b>Semana 1 - 4</b>	Intervención Prostatica	Intervención Convencional
<b>Semana 4 (Medición 2)</b>	Aplicación de escalas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala general de autoeficacia (General Self-Efficacy Scale).</li> <li>- Escala de valoración de síntomas (Memorial assessment symptom)</li> <li>- Escala CVRS The Functional Assessment of Cancer Therapy for Patient with Prostate Cancer – FACT-P</li> </ul>	
<b>Semana 8 (Medición 3)</b>	<b>Seguimiento telefónico</b>	<b>Seguimiento telefónico</b>
	Aplicación de escalas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala general de autoeficacia (General Self-Efficacy Scale).</li> <li>- Cuestionario EPIC 26</li> <li>- Escala The Functional Assessment of Cancer Therapy for Patient with Prostate Cancer – FACT-P</li> </ul>	

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023

- Los datos se digitalizaron en el programa Excel, a medida que iban terminándose las mediciones (Medición 1, Medición 2 y Medición 3) y a cada participante se le iba asignando un código numérico para proteger la confidencialidad de la información.
- Una vez organizada la totalidad de la información se organizó una base de datos en el programa SPSS versión 23 para posterior análisis de la información.

## 6.7 Sitios de investigación

La investigación tuvo lugar en el servicio de radiología y Unidad Oncológica de la Clínica Los Nogales, Institución de IV nivel de complejidad, cuenta con servicios de diagnóstico y tratamiento como quimioterapia, cirugía, radioterapia, cuidados paliativos entre otros. Esta institución se encuentra ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., la cual cuenta con equipos de última tecnología y un equipo interdisciplinario quienes abordan a la persona y su familia de manera integral. La recolección de la muestra se realizó entre marzo de 2022 a abril de 2023.

Antes del inicio de la prueba piloto, se realizó el registro del ensayo clínico en El **Registro de Ensayos Clínicos de Australia y Nueva Zelanda (ANZCTR)**, el registro fue en línea y fue admitido el día 17/08/2022 10:34:04 AM, con el número de registro: ACTRN12622001131741

## 6.8 Control de Sesgos

Se identificaron los posibles sesgos que podían afectar la validez interna y externa y se explican a continuación:

- Validez interna:

La validez interna se define como los factores que podrían generar cambios en los resultados. A continuación, se relaciona la manera en que se controlaron los posibles riesgos o sesgos en la investigación (129).

Maduración: Procesos de desarrollo biológico y psicológico que pueden darse a través del tiempo (130). Para ello se contó con un grupo control con condiciones similares a las del grupo intervención. Se seleccionaron personas con CP que estuvieran por iniciar el

tratamiento de radioterapia o terapia coadyuvante (hormonal), con diagnóstico de CP localizado de riesgo medio o intermedio.

Sesgos de selección: Para controlar los diferentes sesgos de selección se tuvo en cuenta:

- selección aleatoria con el método de bloques permutados lo que permitió que los grupos control y experimental queden conformados de manera homogénea.
- En el cálculo del tamaño muestral se tuvo en cuenta con un 20% adicional para poder reemplazar los participantes que decidieron retirarse del estudio o que hubiesen fallecido durante el proceso. Asimismo, se garantizó la obtención de la información completa de los participantes para disminuir la posibilidad de pérdidas.
- Se utilizó un marco muestral con la totalidad de los pacientes con CP que asistieron a los Servicios de Oncología de la Clínica Los Nogales en la ciudad de Bogotá D.C.

Sesgo de Medición:

- Se aplicaron instrumentos validados en el contexto colombiano con propiedades psicométricas de calidad. Además, se realizó la aplicación de cada instrumento de manera personalizada, siendo la investigadora quien leía las preguntas para asegurarse que los participantes entendieran la pregunta y la respuesta fuera marcada de manera correcta.
- sesgos de la intervención se realizó un protocolo que permitió que quien aplicara la intervención lo realizara de la misma manera para todos los participantes.

▪ Validez externa:

La validez externa hace referencia a la posibilidad de generalizar los resultados. Las principales fuentes de invalidación externa en esta investigación se controlarán de la siguiente manera:

Efecto Hawthorne: se refiere a la alteración del comportamiento de los participantes cuando son conscientes de ser observados (131,132). En el contexto de la Intervención de enfermería para el automanejo de síntomas en hombres con CP se minimizó el impacto del efecto implementando varias estrategias: la primera por medio del grupo control, se pueden comparar los resultados entre los grupos (GI y GE). Otra de las estrategias aplicadas fue el uso del protocolo de la intervención para interactuar con los participantes, esto reduce la posibilidad de variaciones en la forma en que se trata a los participantes,

minimizando el efecto Hawthorne. Se explicó el propósito del estudio, los beneficios potenciales y la importancia de las respuestas genuinas, alentando a los participantes a brindar información verdadera y precisa, en lugar de modificar los comportamientos. Finalmente, la participación por parte de los participantes permite un empoderamiento para que se apropien de su salud y su proceso, lo que lleva a comportamientos más auténticos, minimizando el efecto Hawthorne.

Imposibilidad de replicar los tratamientos: cuando los tratamientos son tan complejos que no puedes replicarse en situaciones no experimentales (130). Para ello se realizó una prueba piloto en la que se evaluó la factibilidad y la eficacia de la intervención.

Control del sesgo del investigador: que genere las alteraciones o cambios que no se presentan en situaciones no experimentales (130). Para controlar este sesgo, se siguió estrictamente el protocolo de la intervención con el fin de evitar que los efectos se deriven del accionar del investigador.

## **6.9 Consideraciones éticas**

Esta investigación se orientó por lo estipulado en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 emitida por el Ministerio de Salud (133), que contempla los estatutos internacionales estipulados en el Código de Nüremberg y la declaración de Helsinki; se tuvo en cuenta el Título II. De la investigación en seres humanos, Capítulo uno, específicamente los artículos 1 al 16; de acuerdo con lo anterior, la presente investigación se clasificó con riesgo mayor que el mínimo pues incluye la realización de una intervención, selección aleatoria y grupo experimental y control (133), sin embargo, se planteó para mejorar el rendimiento funcional de las personas con CP en tratamiento y con ello mejorar la CVRS, se puede decir que es una manera para contribuir al conocimiento de las intervenciones de automanejo y su repercusión a los diferentes niveles de atención en salud.

Así mismo, este proyecto de investigación de acuerdo con lo anterior, y considerando que la investigación en seres humanos debe garantizar la dignidad humana de los participantes, respecto por sus derechos y su bienestar (90), garantizó los principios éticos que se mencionan a continuación:

- Beneficencia, significa una obligación ética de generar un beneficio y minimizar los daños (134,135) en ese sentido, se realizó una exhaustiva revisión crítica de la literatura, utilizando la mejor evidencia posible (estudios experimentales) (21,23,24,39,43,65,67,71,79,83,115) que permitió diseñar la intervención para el automanejo de síntomas en personas con CP en tratamiento, además, han mostrado un efecto positivo en la calidad de vida relacionada con la salud, disminución de la carga del síntoma y mejor rendimiento funcional de las personas con CP en tratamiento, estos argumentos respaldan el uso de intervenciones para el automanejo de síntomas.
- No maleficencia.
- Respeto a la autonomía; este principio hace referencia a que los sujetos sean tratados como seres autónomos, permitiéndoles decidir por ellos mismos; esta investigación garantizó este principio con el empleo del consentimiento informado para los pacientes que deseaban participar, no debían presentar alteraciones mentales y/o tener capacidad de autodeterminación, podían retirarse de la investigación en cualquier momento que lo desearan.
- Otros aspectos que guardan relación con el respeto por los participantes se relacionaron con la privacidad y confidencialidad de la información suministrada, la identificación por medio de un código en respeto a sus derechos.
- Justicia hace referencia a la justicia en la distribución de los sujetos de investigación (92), en esta investigación se distribuyó equitativamente los grupos experimental y control por medio de la aleatorización lo que garantizó la asignación de manera equivalente.
- La confidencialidad se tuvo en cuenta siguiendo los parámetros éticos para estudios con seres humanos.
- Los participantes recibieron información acerca de la investigación, los objetivos y la designación de los GI y GC.
- A los participantes del GC se les aplicó la Intervención Prostatica luego de terminar la Intervención Convencional.
- La participación fue voluntaria y el participante podía retirarse de la investigación en el momento que deseara.
- Los instrumentos utilizados tuvieron la autorización para su uso por parte de los autores (Anexo 2).

- Una vez finalizado el estudio se presentó los resultados de la investigación a participantes e institución donde se realizó la investigación.
- En publicaciones y eventos de socialización de resultados no se mencionaron los nombres de los participantes.

## 6.10 Plan de análisis

### 6.10.1 Análisis de datos descriptivos

La estadística descriptiva se utilizó para realizar la caracterización de los participantes. Las pruebas se aplicaron de acuerdo con el tipo de variable. En las variables cualitativas como las variables nominales y ordinales se utilizaron las distribuciones de frecuencia absolutas y relativas expresadas en porcentaje. En las cuantitativas como las variables de intervalo se evaluó la media y desviación estándar. En las distribuciones normales se utilizó el promedio  $\pm$  desviación estándar y distribuciones asimétricas la mediana y rango intercuartílico. Las variables en esta investigación se distribuyeron de la siguiente manera:

**Variables nominales:** estado civil, tipo de tratamiento, ocupación, autoeficacia, automanejo de síntomas y rendimiento funcional

**Variable ordinal:** nivel educativo, estrato socioeconómico, Gleason, clasificación del tumor,

**Variable de intervalo:** PSA, edad, sesiones.

### 6.10.2 Estadística Inferencial

Se utilizó la estadística inferencial para probar hipótesis o estimar parámetros. Inicialmente para probar las hipótesis planteadas se realizaron pruebas de normalidad para determinar la distribución normal de las variables, para ello se aplicaron las pruebas Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. De acuerdo con los resultados obtenidos, se planteó según la distribución normal la aplicación de pruebas paramétricas y para la distribución no normal una vía de análisis con pruebas no paramétricas. La significancia de las pruebas se establece con el valor de  $p < 0.05$ . Los análisis se realizaron en dos vías, la primera para comparar el grupo en tres momentos distintos: pre test (medición1), pos test (medición 2) y seguimiento (medición 3); y la segunda para comparar dos grupos (GI y GC).

**Análisis de comparación intragrupo**

Las mediciones se realizaron en tres momentos diferentes a través del tiempo. Para ello se plantearon dos vías de análisis dependiendo de la distribución de los datos. Si los datos reportaron normalidad en su distribución se aplicó la prueba T para muestras pareadas. Si los datos no mostraron normalidad en su distribución se aplicó la prueba de Wicoxon para muestras relacionadas.

**Análisis para comparar dos grupos**

Este análisis permitió observar las varianzas de las puntuaciones relacionadas con la Intervención Prostatectomía realizada a hombres con CP en tratamiento. Se requirió comprobar si los grupos eran homogéneos entre sí. La asignación aleatoria de los grupos permitió controlar sesgos entre los grupos. Al ser semejantes entre sí, el análisis de las pruebas aplicadas reflejará el efecto de la intervención. Las pruebas dependen de la distribución de los datos. Si la distribución fue normal, se aplicaron pruebas paramétricas y de no tener normalidad se emplearon pruebas no paramétricas. La prueba paramétrica empleada fue la prueba t para muestras independientes. Las no paramétricas para evaluar las diferencias entre grupos fue la prueba de Mann Whitney.

## 7. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación posterior a la realización de la Intervención Proactive. Inicialmente se realiza la descripción del proceso, luego se describirán aspectos fundamentales del diseño y aplicación de la prueba piloto, y posteriormente, se describe el perfil sociodemográfico de los participantes del GI y GC y finalmente, se presentarán los resultados dando respuesta a los objetivos específicos propuestos en la investigación.

### 7.1 Diseño e Implementación de la intervención Proactive

El estudio se adelantó en la Unidad Oncológica y de Radiología de la Clínica Nogales, allí se captaron participantes que fueron aleatorizados para su vinculación en el estudio tanto en el GI como en GC. El proceso de recolección, implementación y evaluación de la intervención propuesta se adelantó en 13 meses (entre marzo de 2022 y abril de 2023).

#### *Intervención Proactive*

##### **Fase 1: Diseño de la Intervención**

La fase 1, denominada fase de modelado implica un trabajo conceptual y empírico para definir y comprender el problema que se debe abordar (128). Para ello, se realizó una revisión crítica de la literatura teórica, empírica y experiencial entre ellas intervenciones de

enfermería que intentaran resolver el problema del automanejo de síntomas identificados en hombres con CP en tratamiento, tabla 7-1.

**Tabla 7-1:** Intervenciones para el automanejo de síntomas en hombres con CP

Autor/Año/ Nombre de la intervención	Intervención	Dosis	Frecuencia
Cockle (2018)  Getting Down to Coping (66)	Intervención basada en la Web. Contiene 4 módulos. Semana 1: Introducción al Cáncer de próstata y la interacción entre pensamientos, sentimientos, comportamientos y la situación del cáncer de próstata. Película de apoyo entre pares. Semana 2: Comprender el elemento de comportamiento del círculo vicioso y su relación con los síntomas del cáncer de próstata. Semana 3: Técnicas para manejar la preocupación y los pensamientos negativos. Película de apoyo entre pares. Semana 4: Película de apoyo entre pares, Foro de chat.	Semanal	Semanal
Song L (2021)  PERC (32)	Programa de mHealth basado en la web. PERC incluye módulos sobre cómo las parejas pueden trabajar eficazmente como equipo, evaluar y controlar el cáncer de próstata. efectos secundarios y síntomas relacionados con el tratamiento (incluidos problemas urinarios e intestinales, disfunción sexual, síntomas hormonales, dolor, fatiga, alteraciones del sueño y estrés) y mejorar conductas saludables. PERC también brinda apoyo social a pacientes y socios a través de asignaciones posteriores al módulo, un foro en línea moderado, reuniones con un educador de salud y un centro de recursos que conecta a los participantes y sus socios con herramientas para el seguimiento y monitoreo de síntomas, así como con herramientas locales y nacionales. grupos de apoyo y recursos.	4 semanas	
Stanciu (2018)  TOPCAT-P (97)	Sesión 1 (presencial) – atención domiciliaria. Se realiza un plan de cuidados (físicos, psicológicos). Seguimientos telefónicos y si la persona solicita otra sesión, la enfermera va a la casa a reforzar las necesidades de los pacientes. Máximo de seguimientos 2	Mínimo 3 sesiones	De acuerdo con las necesidades del paciente.
Faithfull (2010) (136)	Sesiones 4 El programa incluyó dos componentes: (i) un componente cognitivo que involucra la resolución de problemas, el desarrollo de habilidades, estrategias de afrontamiento para el manejo de síntomas, reconocimiento de problemas urinarios, provisión de	La entrega se realizó en tres sesiones individuales	Cada 2 semanas. Después de completar la intervención,

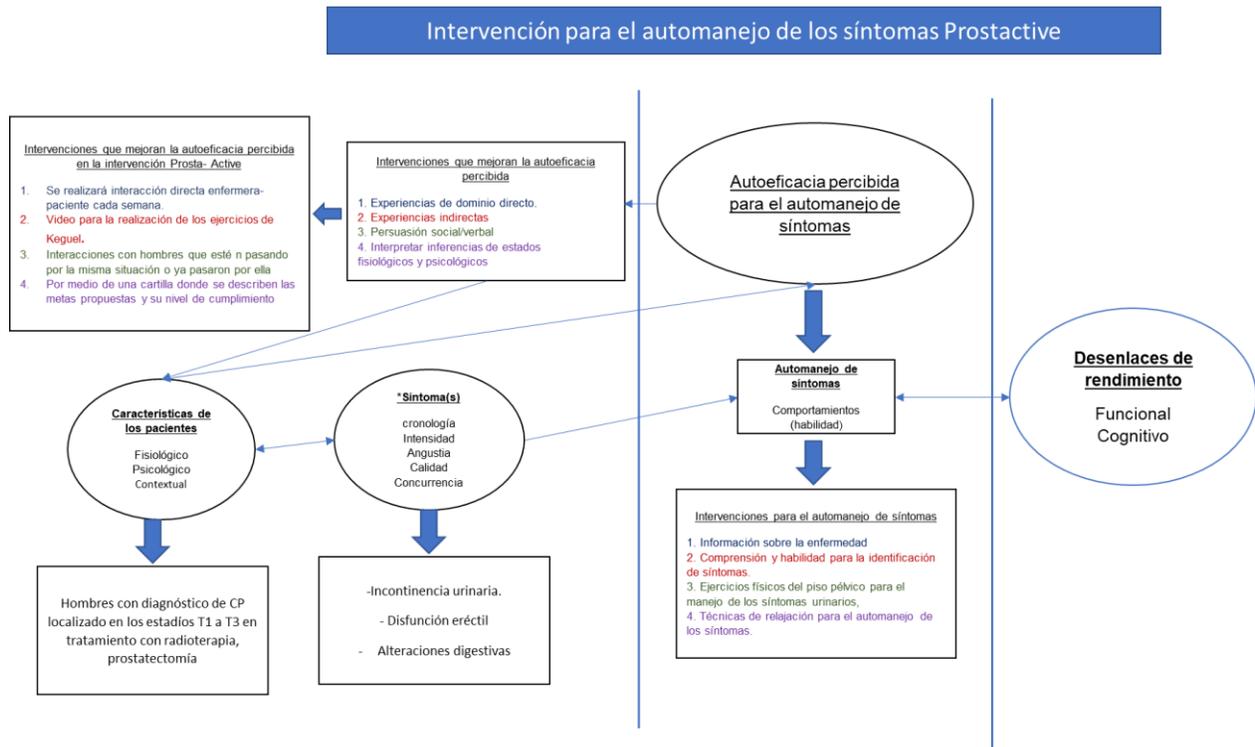
	información y apoyo emocional; (i) un componente conductual que implica el autocontrol de los síntomas y las técnicas de reentrenamiento de la vejiga, incluidos los ejercicios del piso pélvico y la biorretroalimentación.	s de 60 minutos y una sesión grupal de 90 minutos	los participantes fueron monitoreados por la enfermera especialista por teléfono a los 1, 2 y 4 meses.
McCaughan et al (2018)  CONNECT (98)	<p>Cuidado de pareja: Desarrollar el apoyo mutuo y la comunicación.</p> <p>Perspectiva optimista: Ayudar a los hombres y a sus parejas a mantener una actitud positiva mientras viven con la enfermedad y consideran su futuro.</p> <p>Navegando el viaje: información que reduzca su incertidumbre sobre la enfermedad y/o los tratamientos.</p> <p>Nueva normalidad: formas de gestionar las reacciones y los efectos secundarios asociados con la enfermedad, el tratamiento y la adaptación.</p> <p>Empoderarse a uno mismo: Facilitar que los hombres y sus parejas se conviertan en autogestores eficaces. Respalda la intervención.</p> <p>Cambiar estilo de vida: Alentar a los hombres y sus parejas a adoptar o mantener estrategias de vida saludables.</p> <p>La fijación de objetivos: Oportunidad de adaptar/individualizar la intervención</p>	Esta intervención de 9 semanas consta de tres reuniones grupales.	Aproximadamente 2 horas por sesión) en la semana 1, semana 3 y semana 9. Los hombres y sus parejas también serán contactados por teléfono en dos ocasiones (semana 5 y semana 7).

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023

La conceptualización y operacionalización de la intervención fue guiada por la Teoría del Automanejo de Síntomas (TSSM) propuesta por Hoffman y Cols (2) descrita anteriormente.

En la figura 7-1 se relaciona la intervención adaptada a los conceptos y proposiciones de la TSSM, por lo tanto, la intervención tiene como principios activos que el aumento de la autoeficacia mejora el automanejo de los síntomas y que el automanejo de los síntomas tiene una influencia positiva en el rendimiento funcional de los hombres con cáncer de próstata en tratamiento.

**Figura 7-1** Adaptación Intervención Prostatica - TSSM



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023

En la tabla 7-1 se especifican los elementos de la intervención: objetivos, componentes, actividades, modo y dosis de la Intervención Prostatica.

**Tabla 7-2** Especificaciones de la Intervención Prostatica

<b>Principios activos:</b>		El aumento de la autoeficacia mejora el automanejo de los síntomas.			
		El automanejo de síntomas tiene una influencia positiva en el rendimiento funcional.			
Objetivo	Componentes	Actividades		Modo de entrega	Dosis de la intervención
		Específicas	No específicas		
Mejorar la comprensión sobre el cáncer de próstata, el	<b>Iniciando el proceso</b> Educación sobre el cáncer de próstata	Suministrar información sobre: ( <i>experiencias de dominio directo</i> )	Interactuar con los participantes: • Autoevaluación: pensamientos,	Medio: Verbal - escrito	30 minutos

<p>tratamiento y los síntomas.</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar los conocimientos sobre el cáncer de próstata y su tratamiento.</li> <li>• Explicar las diferentes modalidades de tratamiento para el cáncer de próstata.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos generales del cáncer de próstata.</li> <li>• Síntomas físicos y psicológicos más frecuentes.</li> <li>• Cuidados que debo tener post-prostatectomía o durante radioterapia.</li> </ul> <p>Entrevistas en video de apoyo entre pares: <a href="#">(Interpretar inferencias de estados fisiológicos psicológicos)</a> Introducción por medio de la cartilla y auto diligenciamiento sobre percepciones y sentimientos.</p>	<p>sentimientos, comportamiento, síntomas físicos, síntomas del cáncer de próstata.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interacción directa con el paciente en la cual se reconoce como hombre con cáncer de próstata.</li> <li>• Autodiligenciar la cartilla sobre cómo me siento iniciando el proceso.</li> </ul>	<p>Formato: cartilla entregada al paciente. Abordaje: Individual</p>	
<p>Suministrar información sobre el reconocimiento y automanejo de síntomas urinarios y sexuales.</p>	<p><b>Tomando el control</b> Identificación y manejo de síntomas urinarios y sexuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer la experiencia de los síntomas en cuanto a la frecuencia, intensidad, angustia, calidad y concurrencia de síntomas urinarios y sexuales.</li> <li>• Especificar las actividades de automanejo de síntomas urinarios y sexuales secundarios al tratamiento del cáncer de próstata.</li> </ul>	<p>Suministrar información sobre: <a href="#">(experiencias de dominio directo)</a> Se proporcionará información básica sobre los tipos comunes de disfunción urinaria y disfunción eréctil posterior al tratamiento del cáncer de próstata, incluidos tratamientos, dispositivos y medicamentos disponibles. ¿Qué es incontinencia urinaria, disfunción eréctil? ¿Por qué suceden? ¿Cómo manejarlos en casa: Manejo del comportamiento, ejercicios del suelo pélvico y técnicas de reentrenamiento de la vejiga, modificación en la dieta y estilo de vida, impacto emocional/apoyo social (video) Educación sobre cambios en la intimidad, las relaciones y el estilo de vida.</p> <p>Video ejercicios de Kegel <a href="#">(experiencias indirectas)</a> Ejercicios de Kegel para realizarlos en casa</p>	<p>Suministrar recursos físicos adicionales para el manejo de los síntomas en casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartilla.</li> <li>• Suministrar al paciente información (apps, páginas web) que puedan utilizar para realizar los ejercicios en casa.</li> <li>• Realizar el diario cómo me siento, qué me resulta difícil, metas.</li> </ul>	<p>Medio: Verbal - escrito Formato: video Abordaje: Individual</p>	<p>20 minutos</p>
<p>Suministrar información sobre el reconocimiento y automanejo de síntomas intestinales y cognitivos.</p>	<p><b>Siempre positivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer la experiencia de los síntomas intestinales y cognitivos en cuanto a intensidad, angustia, calidad y concurrencia.</li> </ul>	<p>Suministrar información sobre: <a href="#">(experiencias de dominio directo)</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de síntomas intestinales.</li> <li>• Los síntomas cognitivos más frecuentes: preocupación, ansiedad y estrés.</li> </ul>	<p>Realización:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Síntomas intestinales:</b> modificación en la dieta y estilo de vida, impacto emocional y apoyo social.</li> <li>• <b>Síntomas cognitivos:</b> Ejercicio de relajación y respiración (5 mins).</li> </ul>	<p>Medio: Verbal - escrito Formato: video Abordaje: Individual</p>	<p>20 minutos</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especificar actividades de automanejo de síntomas intestinales y cognitivos secundarios al tratamiento de cáncer de próstata.</li> </ul>	<p>Interpretar sentimientos y estados de ánimo posterior al ejercicio de relajación y ejercicios de respiración. (Interpretar inferencias de estados fisiológicos y psicológicos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización del diario mi evolución en el automanejo de los síntomas.</li> </ul>		
Identificar las necesidades de automanejo	<p><b>Llegar a la meta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entender el soporte social como recurso.</li> <li>• Aprender sobre su red social.</li> <li>• Mejorar la calidad de su soporte social.</li> </ul>	<p>Interacción directa enfermera – paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprensión y orientación sobre las relaciones y la comunicación.</li> </ul> <p>Persuasión social y verbal</p> <p>Espacio de interacción con otros hombres que estén pasando por el mismo proceso y estén en tratamiento dentro del servicio de la Institución.</p>	<p>Suministrar recursos físicos adicionales para el manejo de los síntomas en casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartilla en la cual identificarán qué soporte social tienen, relación con sus familias y allegados.</li> </ul>	Medio: Verbal Formato: video Abordaje: grupala	60 minutos

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023

### Recursos utilizados para implementación de la intervención

Posterior a la revisión de la literatura y al identificar estudios de ensayos aleatorizados, se identificaron intervenciones basadas en la autoeficacia para el automanejo de síntomas (66,77,115,137–139), las cuales utilizaban estrategias como interacción directa con el participante, las notas y el diario reflexivo, el uso de mensajes de texto para resolver dudas y preguntas sobre la enfermedad y el tratamiento, basado en esto se generó una cartilla educativa la cual resume cada uno de los aspectos a tratar en los cuatro módulos de la intervención (figura 7-2)

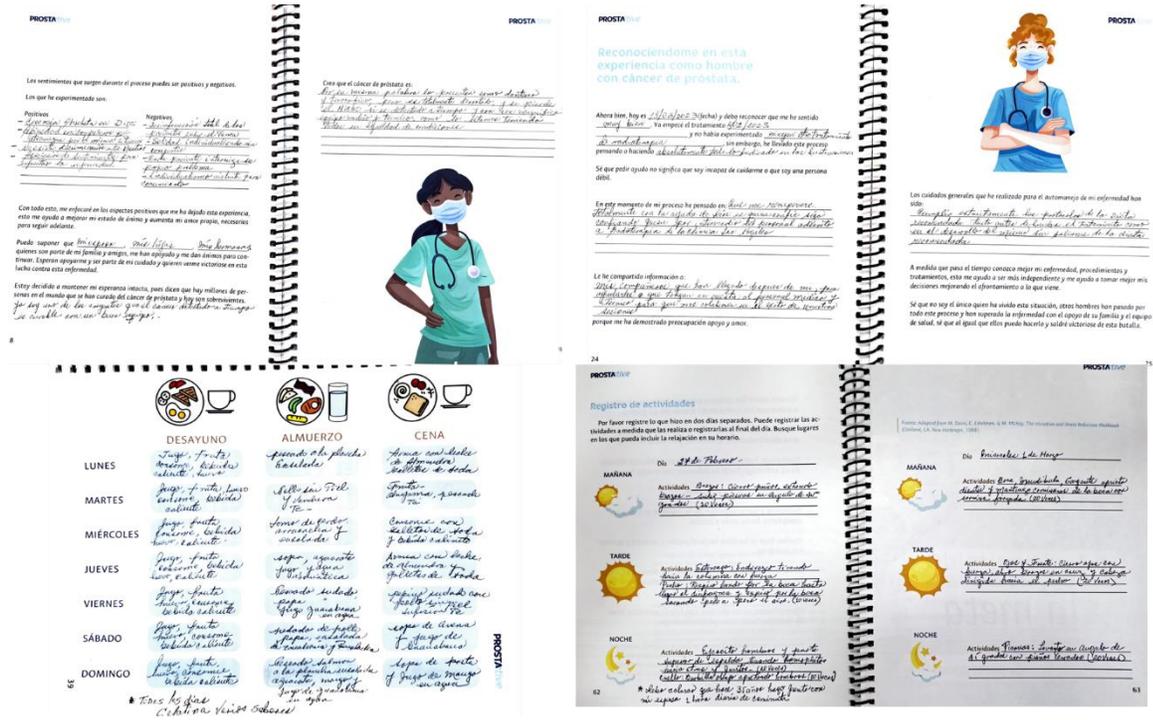
**Figura 7-2** Portada general y portada de capítulos de la cartilla



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023

La cartilla consta de 85 páginas incluida la bibliografía, en cada uno de los módulos está explicado el objetivo de la sesión, mensajes reflexivos, ejercicios específicos para el automanejo de los síntomas, y se invita al participante a una autorreflexión sobre la enfermedad y el tratamiento. En la figura 7-3 se presentan algunas de las reflexiones de los participantes durante el proceso. Se entregó a cada participante del GI.

Figura 7-3 Imágenes de las reflexiones de los participantes



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023

Para explicar los ejercicios del piso pélvico se realizó un video corto de 3 minutos en el que se explica la técnica de los ejercicios de Kegel que eran realizados a realizar en casa 3 veces al día.

Figura 7-4 Imágenes del video para explicar los ejercicios de Kegel



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023

### **Fase 2: Evaluación de la intervención**

La segunda fase se centra en examinar la aceptabilidad, factibilidad y efectos preliminares de intervención es decir la prueba piloto. La aceptabilidad se refiere al punto de vista que poseen los participantes hacia la intervención. La factibilidad se mide a través de la evaluación de la fidelidad. La fidelidad se refiere a la relación de los ingredientes activos de la intervención y sus componentes y actividades (teórica), y el grado en el que se implementa la intervención de acuerdo con lo planificado (operacional). Se mide a través de la validez de contenido por un panel de expertos y la evaluación de los efectos preliminares se realizó por medio de la prueba piloto (140).

#### **Aceptabilidad de la Intervención Proactive**

De acuerdo con Sekhon, Cartwright y Francis (141) la aceptabilidad es un constructo compuesto por siete elementos: punto de vista de los participantes, sobrecarga o el esfuerzo percibido para participar en la intervención, efectividad percibida y coherencia de la intervención, para ello se diseñó un formato basado en la propuesta de Reb et al.,(142) por medio de la cual se determina la aceptabilidad por parte de los participantes.

La muestra para determinar la aceptabilidad estuvo conformada por 9 usuarios que se encontraban en tratamiento para el CP, que cumplieran con los criterios de selección, se realizó la entrega de la intervención a los participantes y posterior a ello se aplicó en cuestionario de los que se obtuvieron resultados cualitativos y cuantitativos.

En los datos cuantitativos (Figura 7-5) se determinó que el 56% de los participantes estuvieron extremadamente satisfechos con la intervención y el 44% muy satisfechos, al 100% les pareció útil la información suministrada, y el 66% respondieron que habían adquirido conocimientos, habilidades y respuestas frente a la enfermedad y tratamiento del CP. Así mismo al 60% les pareció clara la información suministrada y les pareció que la intervención era adecuada para resolver los problemas que se pudieran presentar mientras recibían el tratamiento. Todos estuvieron de acuerdo con la duración de cada sesión y con la duración de la intervención.

Desde la parte cualitativa los participantes suministraron diferentes opiniones:

- “Debería ser incluida desde el inicio del tratamiento”.
- “La intervención me motivó para enfrentar mejor mi enfermedad”.
- “Considero que es benéfico para uno, la cartilla es fácil de leer y entender”.

- “Ayuda a maneja los síntomas y conocer la enfermedad”.
- “Mejora la moral, baja la preocupación y sube el ánimo”.

**Figura 7-5** Aceptabilidad de la Intervención Prostatictive



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023

La intervención Prostatictive fue bien recibida por parte de los participantes, al realizar la entrega de la intervención ya se habían ajustado las recomendaciones hechas por los expertos, asimismo se realizaron algunos ajustes en la cartilla en lo relacionado con la dieta, pues la versión inicial generaba confusión.

#### Factibilidad de la Intervención Prostatictive

Para la validación de la intervención la muestra estuvo conformada por 7 expertos en el área de oncología. Entre los expertos se encontraban enfermeras y 1 médico de más de 10 años de experiencia en el cuidado de personas con cáncer, con especialización o maestría en oncología quienes evaluaron la aceptabilidad y la utilidad de la intervención en cuanto a principios activos, actividades y la dosis de cada una de las sesiones de la Intervención Prostatictive.

## Instrumentos y medición:

Para la validación de la intervención por parte de los expertos se diseñó un cuestionario *ad hoc* el cual evaluó la aceptabilidad y la utilidad de las actividades en cada una de las sesiones, modo de entrega y dosis de cada una de las sesiones. Para ello el experto evaluó cada uno de los ítems teniendo en cuenta la escala Likert: 0=nada aceptable, 1= algo aceptable 2= aceptable, 3= muy aceptable 4= totalmente aceptable.

## Análisis de los datos

Se realizó la validez de contenido de cada uno de los componentes de la intervención. Los expertos realizaron la evaluación de la factibilidad y la utilidad de las actividades, modo de entrega y dosis de cada una de las sesiones. Para ello se aplicó una escala tipo Likert: 0=nada aceptable, 1=algo aceptable, 2=aceptable, 3= muy aceptable y 4=totalmente aceptable. El cálculo de Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) para cada elemento se calculó de la siguiente manera:  $CVC = \frac{M_x}{V_{máx}}$  donde  $M_x$  representa la media del elemento de la puntuación dada por los expertos y  $V_{máx}$  la puntuación máxima que el ítem podría alcanzar. Se tendrán en cuenta los resultados superiores a 0.70 (143).

## Resultados de la factibilidad de la Intervención Prostackive por expertos:

Los expertos evaluaron la aceptabilidad y la utilidad de las actividades en cada una de las sesiones, modo de entrega y dosis de cada una de las sesiones que se resume en la tabla 7-3:

**Tabla 7-3** Validez de contenido por expertos de la Intervención Prostackive

Sesión	CVC aceptabilidad	CVC utilidad
<b>Sesión 1: iniciando el proceso</b>		
Contenidos educativos	0,8	0,82
Modo de entrega	0,8	0,8
Dosis	0,6	0,7
<b>Sesión 2: Tomando el control</b>		
Contenidos educativos	0,8	0,8
Modo de entrega	0,8	0,8
Dosis	0,7	0,8

<b>Sesión 3: Siempre positivos</b>		
Contenidos educativos	0,8	0,8
Modo de entrega	0,8	0,8
Dosis	0,8	0,6
<b>Sesión 4: Llegar a la meta – soporte social</b>		
Contenidos educativos	0,8	0,8
Modo de entrega	0,7	0,7
Dosis	0,7	0,7

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023

La evaluación de los expertos en los diferentes aspectos de la intervención fue en general adecuada ya que el CVC para cada elemento fue de 0,8. Los puntajes más bajos (menor de 0,7) estuvieron direccionados hacia las dosis de las sesiones, pues en sus observaciones las consideraron muy largas, por lo tanto, se ajustaron los tiempos y quedaron sesiones de 20 a 30 minutos. Otro aspecto que se cambió teniendo en cuenta las recomendaciones de los expertos fue el modo de entrega de la sesión 4 propuesto inicialmente para ser de manera grupal.

#### Prueba Piloto

#### Al análisis

1. Para la prueba piloto se aplicaron los instrumentos:
  - a. Escala General de autoeficacia conformada por 10 ítems los cuales son evaluados por medio de una escala Likert: 1= en absoluto verdadero, 2=no es cierto, 3= moderadamente verdadero, 4=exactamente cierto, la puntuación total se calcula mediante la suma de todos los elementos, la puntuación total oscila entre los 10 y 40, con una puntuación más alta que indica más autoeficacia.
  - b. EPIC-26 (Expanded Prostate Cancer Index Composite) compuesto por 26 ítems y 5 dominios: incontinencia urinaria, alteraciones urinarias irritativas/obstructivas, síntomas intestinales, sexuales y hormonales. La opción de respuesta del instrumento es por medio de la escala Likert, y las puntuaciones de la escala se transforman linealmente a una escala de 0 a 100, donde las puntuaciones más altas representan una mejor percepción en el manejo de los síntomas (100).
  - c. Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer – Próstata (FACIT-P), está compuesto por 5 subescalas, el puntaje total del instrumento puede variar

entre 0 y 156; entre mayor sea el puntaje, mejor es la evaluación funcional de la persona (116,127).

Para el análisis de los datos de la prueba piloto con los participantes, se utilizaron frecuencias expresadas en porcentaje y se utilizó promedio y desviación estándar. En la comparación de la variable de automanejo de síntomas se a la prueba T pareada. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de  $p < 0,05$ .

#### Resultados de la prueba piloto

Un total de 20 participantes fueron invitados a participar en la Intervención Prostatica. De estos sujetos, cinco no quisieron participar en la intervención; tres cursaban con otro tipo de cáncer simultáneamente; dos no terminaron la intervención y uno, tuvo que ser hospitalizado durante el tratamiento de radioterapia.

La Implementación de la intervención se realizó con 9 usuarios en tratamiento con radioterapia y terapia hormonal en una Unidad Oncológica en la ciudad de Bogotá D.C, la mínima de edad fue de 56 y un máximo de 73 años, con un promedio de  $68 \pm 5,6$  años. En la cohorte predominó el estado civil casado, estrato socioeconómico 2, las comorbilidades más comunes fueron hipertensión arterial y Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); en los relacionado con la ocupación el 55% trabajan de manera independiente lo cual se encuentra descrito en la tabla 7-4.

**Tabla 7-4** Características sociodemográficas de los participantes de la prueba piloto

<b>Variables</b>	<b>n (%)</b>
<b>Edad (años)</b>	Media 68 años (DE 5,6)
<b>Estado civil</b>	
Casado	8 (88.9)
Unión libre	1 (11.1)
<b>Nivel Educativo</b>	
Primaria	1 (11.1)
Secundaria	4 (44.4)
Universitario	2 (22.2)
Posgrado	2 (22.2)
<b>Ocupación</b>	
Independiente	5 (55.5)
Pensionado	4 (44.4)
<b>Tipo de tratamiento</b>	
Radioterapia	1 (11.1)

Radioterapia + bloqueo hormonal	8 (88.9)
<b>Clasificación del cáncer</b>	
T2	3 (33.3)
T3	6 (66.6)
<b>Número de sesiones de radioterapia</b>	
15 sesiones	1 (11.1)
20 sesiones	3 (33.3)
25 sesiones	5 (55.5)

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023

*Autoeficacia, automanejo de síntomas y Rendimiento Funcional*

La autoeficacia antes de iniciar la intervención presentó una media de 37,8 y en el postest tuvo un aumento en 2 puntos sin diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $P=0,17$ .

Frente al automanejo de síntomas se identificaron dos síntomas que mejoraron posterior a la intervención: la incontinencia urinaria en lo relacionado con los síntomas físicos y los síntomas emocionales (valor  $p < 0,05$ ). Los síntomas sexuales y hormonales están directamente ligados con el tratamiento, no se evidenciaron cambios con la intervención Prostatica. En lo relacionado con el rendimiento funcional no se evidencia una diferencia significativa (Tabla 7-5).

**Tabla 7-5.** Autoeficacia, automanejo de síntomas y Rendimiento Funcional

Variable	Puntajes	Aplicación	Media	DS	Mín	Máx	P valor*
<b>Autoeficacia</b>	10 a 40	Pretest	37,8	2,1	35	40	0.17
		Postest	39	1,9	35	40	
<b>Síntomas EPIC-26</b>							
Incontinencia urinaria	0 a 100	Pretest	86,1	17,8	52	100	<b>0.016</b>
		Postest	90,7	13,4	64	100	
Síntomas irritativos y obstructivos	0 a 100	Pretest	78,4	20,7	37	100	0.97
		Postest	67,3	15,5	37	87,5	
Síntomas intestinales	0 a 100	Pretest	81,4	28,5	16	100	0.6
		Postest	79,6	20,2	45	100	
Síntomas sexuales	0 a 100	Pretest	18	21,1	4	66	0.45
		Postest	18,5	20,3	4	70	
Síntomas hormonales	0 a 100	Pretest	85	11	70	100	0.5
		Postest	85	12,2	60	100	

<b>Total de Síntomas</b>	0 a 100	Pretest	69,8	14,3	40	87	0.76
		Postest	68,2	10,2	54	82	
<b>Resultado Funcional FACIT-P</b>							
Bienestar físico	0-28	Pretest	25	2,7	20	28	0.96
		Postest	23	3,6	18	28	
Bienestar social	0 a 28	Pretest	23	3,1	16	28	0.99
		Postest	21,9	3,8	13	26	
Bienestar emocional	0 a 24	Pretest	19	3,5	14	24	<b>0.011</b>
		Postest	22	2,1	18	24	
Bienestar funcional	0 a 28	Pretest	25	2,9	21	28	0.98
		Postest	23,1	2,4	20	28	
Cáncer de próstata	0 a 48	Pretest	37,4	5	30	46	0.65
		Postest	36,5	4,8	27	43	
<b>FACIT-P total</b>	0 a 156	Pretest	131,4	11,7	117	149	0.90
		Postest	126	8,8	117	143	

\* Prueba t pareada. Significancia estadística p 0,05. Fuente: construcción propia de los autores. 2022

La realización de la fase 2 concluyó que participantes estuvieron interesados en la Intervención Prostatic y evaluaron de “excelente” la intervención debido a que conocían mejor la enfermedad y que identificar previamente los síntomas lo cual disminuía aspectos como preocupación y ansiedad. Ninguno de los 9 participantes finales se retiró de la prueba piloto, la aplicación de los instrumentos duró aproximadamente 20 minutos en el pretest y postest, lo que aumentaba la sesión 1 y 4 en sesiones de 50 minutos. La intervención fue aceptada adecuadamente por los participantes, fue factible y generó resultados preliminares positivos en algunas de las variables evaluadas. Por lo tanto, se prosiguió con las siguientes fases que fueron determinar la eficacia y efectividad de la intervención lo cual se explican más adelante.

### 7.1.1 Duración de la intervención

La intervención Prostatic estuvo compuesta por 4 sesiones presenciales las cuales se realizaba 1 por semana por cada participante. Cada sesión tenía una duración mínima de 30 minutos y máximo 45 minutos y en promedio 3 horas en total por participante.

Todas las sesiones se desarrollaron de forma presencial en el servicio de radioterapia posterior a la sesión correspondiente del día. Cada terapia fue individual y se realizaron en total 400 sesiones en los dos grupos. Se realizó una llamada de seguimiento o mensaje por Whatsapp a las 8 semanas posterior a la terminación de la intervención, se generaron

104 llamadas, en el grupo intervención 2 participantes no contestaron y en grupo intervención 5 no lo hicieron.

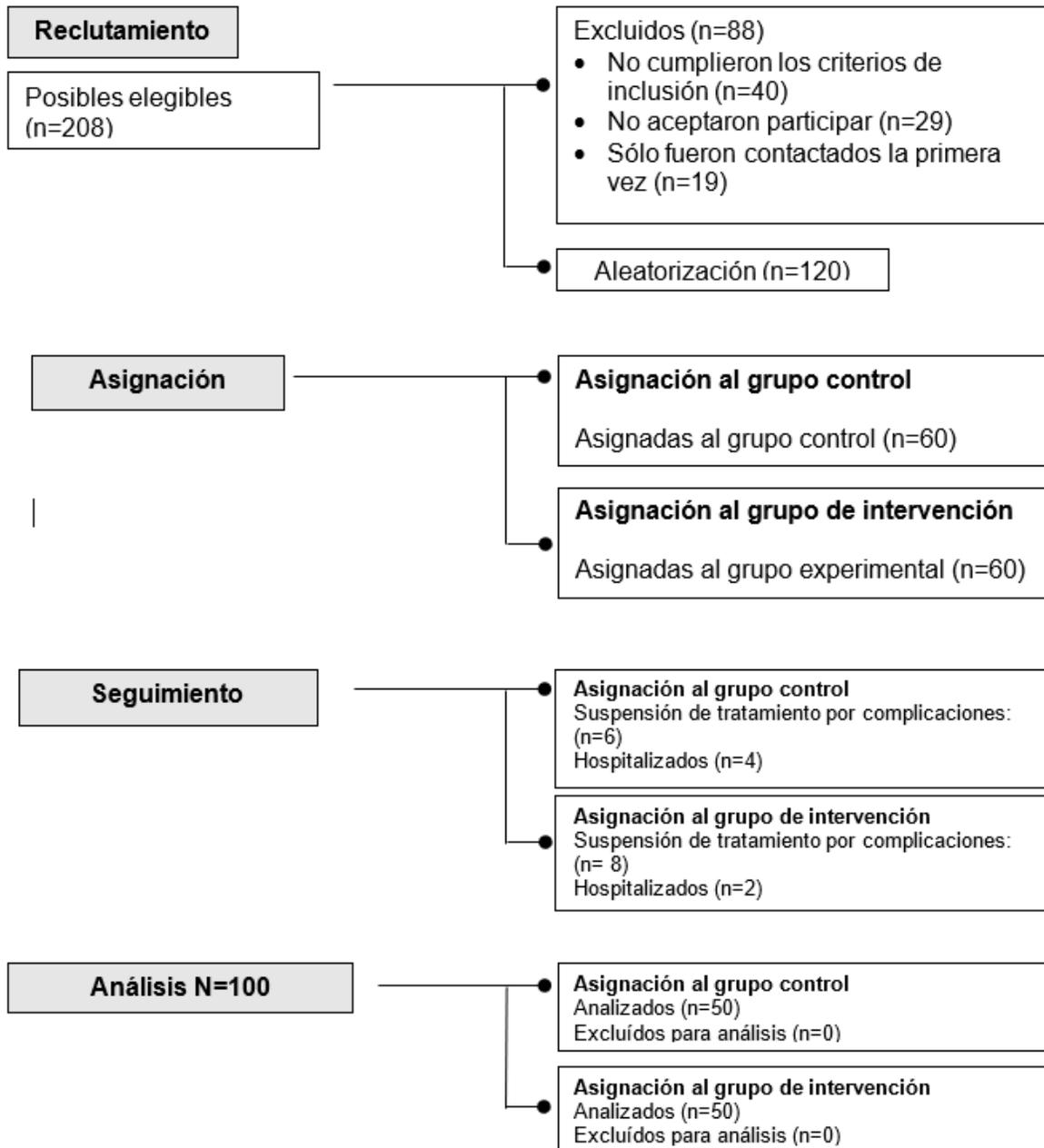
El material educativo fue entregado y diligenciado por la totalidad de los participantes vinculados en el GI, se hizo entrega una cartilla por participante, además se compartió vía Whatsapp un video de cómo realizar ejercicios de Kegel o de fortalecimiento del piso pélvico para el manejo de los síntomas urinarios especialmente.

En cuanto al procedimiento de reclutamiento, asignación, seguimiento y análisis de la muestra del estudio, se identificaron 208 participantes como posibles elegibles, de los cuales algunos no cumplieron con los criterios de inclusión, no aceptaron participar en la investigación o sólo se pudieron contactar sólo una vez lo que afectaba la continuidad de la intervención. Asimismo, la exacerbación de algunos síntomas como diarrea que llevaron a deshidrataciones importantes e incluso hospitalizaciones en la fase de seguimiento, permitieron realizar el análisis de 100 participantes en total. En la figura 7-6 se relaciona en diagrama de flujo derivado del proceso.

Los 30 participantes que decidieron no participar consideraron que por sus otras ocupaciones no contaban con el tiempo para quedarse después de las sesiones de radioterapia.



**Figura 7-6** Diagrama de flujo de los procedimientos en la aplicación de la Intervención Prostatica



Nombre de la fuente: Corredor Parra LR; Carrillo González G.M. Tesis doctoral. 2023

## 7.2 Perfil sociodemográfico de los participantes

### Características sociodemográficas

La cohorte de la investigación estuvo conformada por 100 participantes que se encontraban en tratamiento para el cáncer de próstata. Se distribuyeron aleatoriamente en GI y GC cada uno con 50 participantes. La edad mínima en el GI fue de 50 y la máxima de 82 años con un promedio de  $68 \pm 6.9$  (mediana= 69), en el GC la edad mínima fue de 54 y la máxima de 86 años con un promedio de  $67 \pm 7$  (mediana =65), 58% contaban con medicina prepagada en el GI y 42% cotizaban o eran beneficiarios de Salud Total EPS; en el GC el 62% se encontraban en medicina prepagada y 38% se encontraban afiliados a Salud Total.

La mayoría de los participantes en los dos grupos estaban casados: 70% en el GI, 74% en el GC; el nivel educativo que más predominó en los dos grupos fue universitario: 34% en el GI y 36% en el GC; la mayoría de los participantes del GI se encontraban en estrato socioeconómico 4 que corresponde al 34% y en el GC vivían en estrato 5 con un 32% en el GI; en lo relacionado con la ocupación, en los dos grupos los participantes eran independientes (GI: 40%, GC: 46%) o pensionados (GI: 42%, GC: 38%), se concluye entonces que los dos grupos son homogéneos en el perfil sociodemográfico, sin diferencias estadísticamente significativas (Tabla 7-6).

**Tabla 7-6** Perfil sociodemográfico de los participantes.

Variable sociodemográfica		Grupo intervención n=50		Grupo control n=50		Valor P
		Recuento	Porcentaje	Recuentos	Porcentaje	
<b>Estado civil</b>	Unión libre	7	14%	5	10%	0,482
	Casado	35	70%	37	74%	
	Soltero	2	4%	5	10%	
	Separado	4	8%	1	2%	
	Viudo	2	4%	2	4%	
<b>Nivel Educativo</b>	Primaria	13	26%	6	12%	0,202
	Secundaria	11	22%	10	20%	
	Universitario	17	34%	18	36%	
	Posgrado	9	18%	16	32%	
<b>Estrato socioeconómico</b>	1	1	2%	1	2%	0,086
	2	10	20%	4	8%	

	3	14	28%	15	30%	
	4	17	34%	11	22%	
	5	5	10%	16	32%	
	6	3	6%	3	6%	
<b>Ocupación</b>	Empleado	6	12%	5	10%	0,940
	Independiente	20	40%	23	46%	
	Desempleado	3	6%	3	6%	
	Pensionado	21	42%	19	38%	

Nombre de la fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023 \*Valor P: Test Chi-Cuadrado. Significancia estadística valor  $p < 0.05$

### 7.2.1 Perfil clínico de los participantes

La mayoría de los participantes del GI y GC no presentaban ninguna comorbilidad, sin embargo, la hipertensión arterial (HTA) fue la enfermedad que más predominó en los 2 grupos (GI el 36% , GC 42%), por otro lado, el tratamiento más recibido por los participantes en los dos grupos fue el de radioterapia y bloqueo hormonal (GI = 86%; GC= 66%), en lo relacionado con la agresividad del cáncer representado por Gleason predominó el intermedio favorable (Gleason 7), GI=58% y GC= 52 % y el estadio del tumor más predominante en la cohorte de los dos grupos fue el T2a en el GI = 34%, GC = 40%. Se identifica homogeneidad en los grupos con excepción de la variable tratamiento (Tabla 7-6).

En lo relacionado con el valor del PSA el GI reportó un valor promedio de 12.51ng/dL (mediana = 2.2) y el GC, un valor promedio de 9.81 ng/dL (mediana = 2.2). No hay normalidad en ninguno de los dos grupos, se realizó la prueba de U de Mann-Whitney la cual reporta que no hay diferencia significativa entre los dos grupos, por lo tanto, se determina que los dos grupos son homogéneos en todas las variables (Tabla 7-7).

**Tabla 7-7** Perfil clínico de los participantes

Variable sociodemográfica		Grupo intervención n=50		Grupo control n=50		Valor P
		Recuento	Porcentaje	Recuentos	Porcentaje	
<b>Comorbilidades</b>	HTA	18	36%	21	42%	0,233
	EPOC	1	2%	2	4%	

	DM2	2	4%	7	14%	
	HTA, EPOC, DM2	7	14%	3	6%	
	Ninguna	22	44%	17	34%	
<b>Tipo de tratamiento</b>	Radioterapia	3	6%	12	24%	0.033
	Radioterapia y bloqueo hormonal	43	86%	33	66%	
	Prostatectomía y bloqueo hormonal	4	8%	5	10%	
<b>Gleason</b>	Menor o igual a 6	5	10%	12	24%	0.164
	Igual a 7	29	58%	26	52%	
	Mayor o igual a 8	16	32%	12	24%	
<b>Clasificación del tumor</b>	T1a	0	0%	1	2%	0.603
	T1b	0	0%	1	2%	
	T1c	3	6%	4	8%	
	T2a	17	34%	20	40%	
	T2b	5	10%	3	6%	
	T2c	3	6%	2	4%	
	T3a	15	30%	11	22%	
	T3b	5	10%	8	16%	
T3c	2	4%	0	0%		

Nombre de la fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023 \*Valor P: Test Chi-Cuadrado. Significancia estadística valor  $p < 0.05$

## 7.3 Autoeficacia percibida, el automanejo de los síntomas y rendimiento funcional

### 7.3.1 Autoeficacia percibida

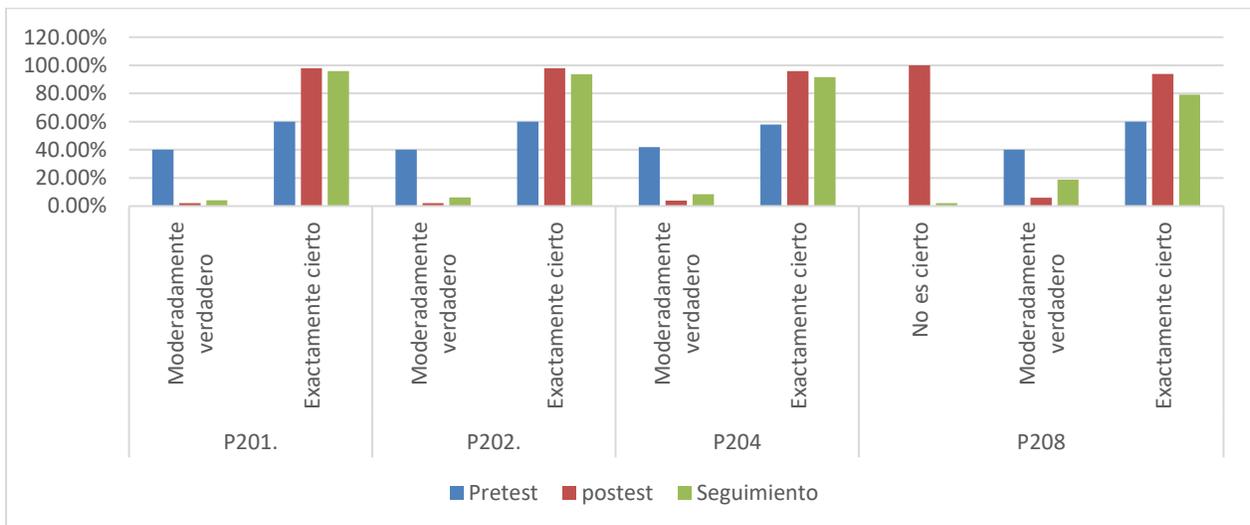
Como se indicó en la metodología, la autoeficacia percibida es la habilidad de una persona para implementar comportamientos específicos situacionales para alcanzar metas. Para determinar la autoeficacia percibida se implementó la Escala General de Autoeficacia, la cual está compuesta de 10 ítems, entre más alto sea el puntaje mayor es nivel de autoeficacia. El puntaje máximo de la escala es de 40 puntos y el mínimo es de 10. Para interpretar las puntuaciones de la escala, se dividieron las puntuaciones teóricas (10 mínimo y 40 máximo) en tres segmentos: autoeficacia baja puntuaciones entre 10 a 20; autoeficacia moderada de 21 a 30 y autoeficacia alta de 31 a 40.

La autoeficacia tuvo un aumento significativo en el GI posterior a la Intervención Prostatica y se mantuvo en la tercera medición. En contraste, la autoeficacia disminuyó en el GC posterior a la Intervención Convencional, en la tercera medición aumenta sin alcanzar los niveles obtenidos en el GI. A continuación, se especifican los resultados obtenidos intragrupo y comparando el GI y GC.

### **Grupo intervención**

Los participantes del GI en el pretest obtuvieron puntajes altos de autoeficacia, sin embargo, se identificaron ítems que estuvieron bajos en comparación con el resto de la escala. El ítem 1: puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga, ítem 2: puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente, ítem 4: confianza en que podría manejar acontecimientos inesperados e ítem 8: puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo demasiado; obtuvieron los niveles más bajos. En la Figura 7-7 se evidencia que posterior a la aplicación de la intervención y en el seguimiento, estos ítems fueron mejor valorados por los participantes mejorando su nivel de respuesta de moderadamente verdadero a exactamente cierto.

**Figura 7-7 Porcentaje de respuesta de ítems de la escala de Autoeficacia**



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023

### **Análisis de comparación intragrupo de la autoeficacia GI**

Para realizar el análisis de comparación intragrupo en la autoeficacia, se evaluó promedio, desviación estándar, mínimo y máximo y rango promedio. Se realizó la prueba de

Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de la prueba la cual determinó la distribución normal los valores de la autoeficacia con un valor  $p= 0.892$  en la primera medición, sin embargo, al determinar la normalidad y homocedasticidad de los datos en la segunda medición se identificó la no normalidad y se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney identificando una diferencia estadísticamente significativa con un valor  $p = 0.0001$ .

Previo a la intervención, los participantes tenían un promedio de autoeficacia en 36 (DS=1.9) (nivel alto), posterior a la intervención se evidencia un aumento en la media a 39 (DS=0.7) con una diferencia estadísticamente significativa (valor  $p = 0.004$ ), posteriormente en la tercera medición realizada a las 8 semanas se evidencia que la autoeficacia se mantiene con una media de 38 (DS=1,1) y con valor  $p= 0.004$ . Lo anterior determina que la autoeficacia aumentó con la intervención Prostackive (Tabla 7-8).

**Tabla 7-8** Niveles de autoeficacia en el GI.

GI	Media	DS	Mín.	Máy.	Rango promedio	Valor p
<b>AUTOEFICACIA</b>						
Medición 1	36	1.9	31	40	7	0.0001
Medición 2	39	0.7	36	40	4	
Medición 3	38	1.1	36	40	2	0.004

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023 \*Valor P: U de Mann-Whitney. Significancia estadística valor  $p < 0.05$ .

Lo anterior determina que la intervención Prostackive aumentó los niveles de autoeficacia en los participantes en el GI en las tres mediciones realizadas.

### **Grupo control**

Los participantes del GC tuvieron un nivel alto de autoeficacia en las tres mediciones también. Al igual que en el GI, se identificaron ítems que presentaron puntuaciones más bajas en comparación con los otros ítems de la escala. El ítem que más descendió de la primera y segunda medición fue el número 2: puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente. Inicialmente el 58% de los participantes calificó con el mayor puntaje este ítem, sin embargo, en la segunda medición sólo el 46% lo percibió como exactamente cierto, en la tercera medición ya aumentó a un 51%. El ítem 1: puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga, tuvo en una medición inicial un 56% de respuestas con el mayor puntaje, en la segunda medición, descendió a un 46%

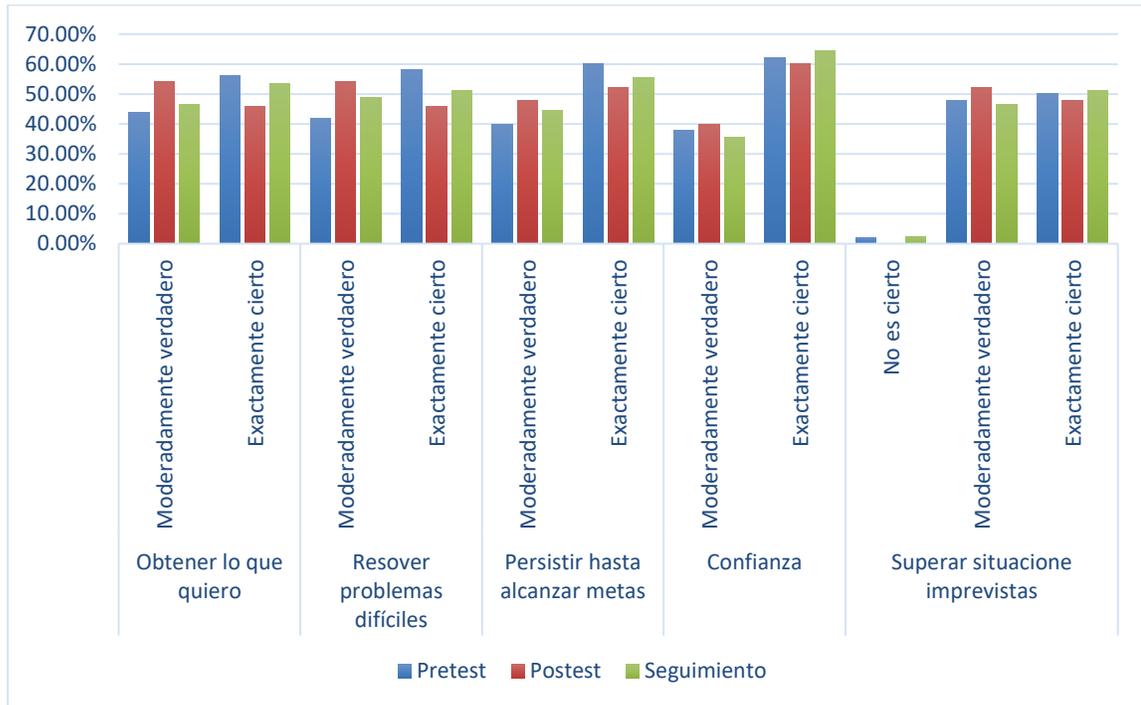
con puntajes máximos y en la tercera medición aumento nuevamente a un 53% de participantes que percibían exactamente cierto este ítem (Figura 7-8).

Asimismo, el ítem 6: cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles, presentó un descenso importante de 10 puntos en el porcentaje comparando la primera y segunda medición. En la primera medición el 62% de los participantes percibió que eso era exactamente cierto, en la segunda medición el 52% percibía este ítem igual que al iniciar el tratamiento luego, en la tercera medición aumenta al 60% de los participantes que puntuaban al máximo este ítem (Figura 7-9).

El ítem 8: puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario, en la primera medición el 68% calificó este ítem con el mayor puntaje, en la segunda medición descendió al 58% y en la tercera medición aumento nuevamente al 62% de los participantes que percibían con el mayor puntaje este ítem (Figura 7-9).

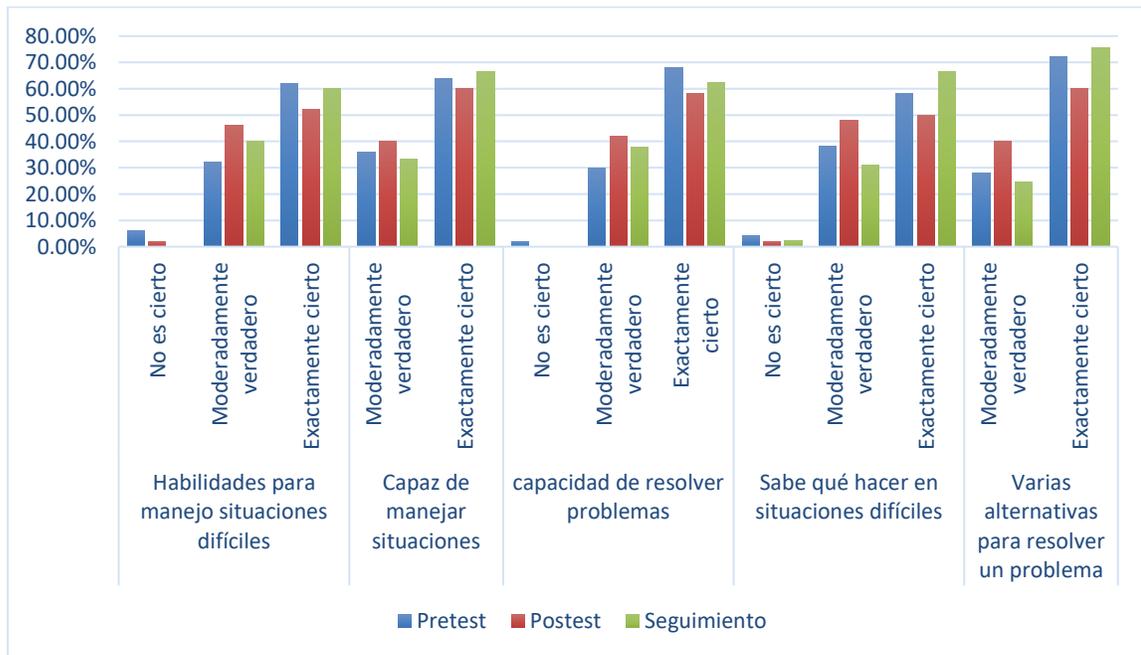
Los otros ítems también presentaron un descenso, pero no tan marcado como los anteriores y obtuvieron una recuperación en la tercera medición. Se identifica que pasar por un tratamiento como la radioterapia en estos participantes afecta la autoeficacia, sin embargo, al terminar el tratamiento los niveles de autoeficacia tienden a aumentarse, pero no llegan a los niveles identificados antes del tratamiento. Si se compara con el GI, los niveles de autoeficacia aumentaron posterior a la Intervención Prostatectomía y se mantuvieron en la tercera medición realizada a las 8 semanas posterior a terminar el tratamiento.

**Figura 7-8** Ítems 1-5 del Instrumento de Autoeficacia GC



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023

**Figura 7-9** Ítems 6-10 del Instrumento de Autoeficacia GC



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023

### Análisis de comparación intragrupo de la autoeficacia en el GC

Para realizar el análisis de comparación intragrupo en la autoeficacia del GC, se evaluó promedio, desviación estándar, mínimo y máximo y rango promedio. Se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk con un valor de 0.039 en la primera medición y un valor de 0.08 en la segunda, lo que determinó la no normalidad de la prueba la y se aplicó la prueba no paramétrica del rango signado de Wilcoxon para muestras pareadas identificando una diferencia estadísticamente significativa con un valor  $p = 0.01$  lo que determinó que hubo diferencias estadísticamente significativas en la autoeficacia.

Previo a la intervención los participantes tenían un promedio de autoeficacia en 36 (DS=1.7) (nivel alto), posterior a la intervención se evidencia una disminución en la media a 35 (DS=1.8) con una diferencia estadísticamente significativa (valor  $p = 0.01$ ), posteriormente en el seguimiento a las 8 semanas se evidencia que la autoeficacia aumenta a una media de 39 (DS=1,1) y con valor  $p = 0.03$ . Lo anterior determina que la autoeficacia presentó un deterioro de la primera a la segunda medición, así mismo se evidencia una recuperación de esta autoeficacia hacia la octava semana de seguimiento. (Tabla 7-9).

**Tabla 7-9** Niveles de autoeficacia en el GI.

GC	Media	DS	Mín.	Máx.	Rango promedio	Valor p
<b>AUTOEFICACIA</b>						
Medición 1	36	1.7	32	39	4	0.011*
Medición 2	35	1.7	32	40	8	
Medición 3	36	1.2	33	38	5	0.03*

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023 \*Valor P: Prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Significancia estadística valor  $p < 0.05$ .

### 7.3.2 Automanejo de Síntomas

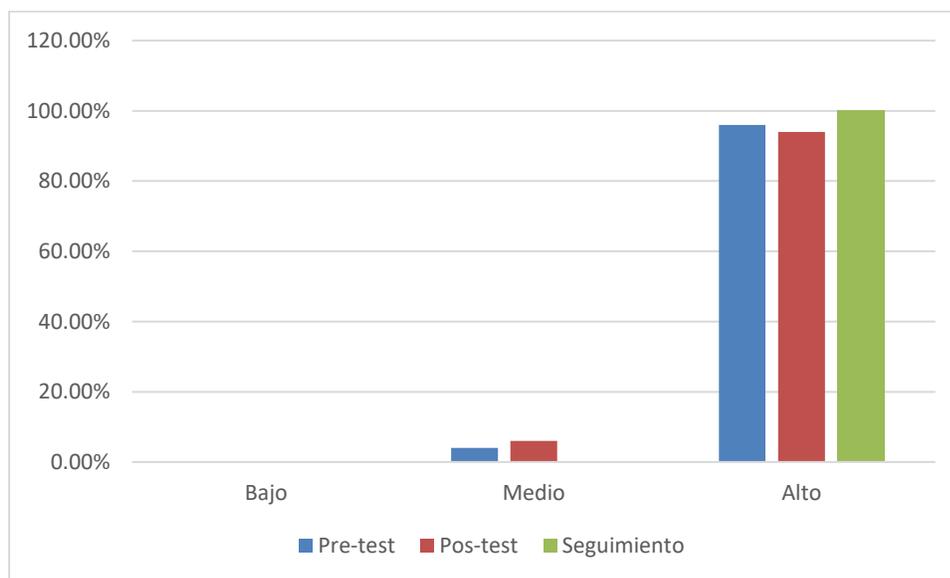
Como ya se describió, el instrumento que se utilizó para la medición de los síntomas específicos de los hombres con CP fue el EPIC-26, el cual cuenta con 26 ítems y 5 dominios, cada dominio representa los síntomas más prevalentes durante la enfermedad y el tratamiento. Se identifican síntomas urinarios, síntomas obstructivos, síntomas intestinales, sexuales y hormonales. Las puntuaciones de la escala van de 0 a 100 donde

las más altas determinan que los síntomas no son intensos o frecuentes y no son un problema para los participantes. Para interpretar las puntuaciones de la escala de automanejo de síntomas se dividieron las puntuaciones teóricas (0 mínimo y 100 máximo) en tres segmentos: automanejo de síntomas bajo puntuaciones de 0 a 30; medio de 30 a 60 y alto de 60 a 100.

### **GRUPO INTERVENCIÓN**

Se observaron niveles altos de automanejo de síntomas en las tres mediciones. En la primera medición el 94% de los participantes percibían que los síntomas que presentaban no generaban un gran problema para ellos, en la segunda medición se mantuvo el nivel alto en los síntomas con un descenso en un 2% y en la tercera medición se evidenció que los síntomas no eran severos y por lo tanto no eran un problema para los participantes (Figura 7-10).

**Figura 7-10** Resultados globales de la escala automanejo de los síntomas

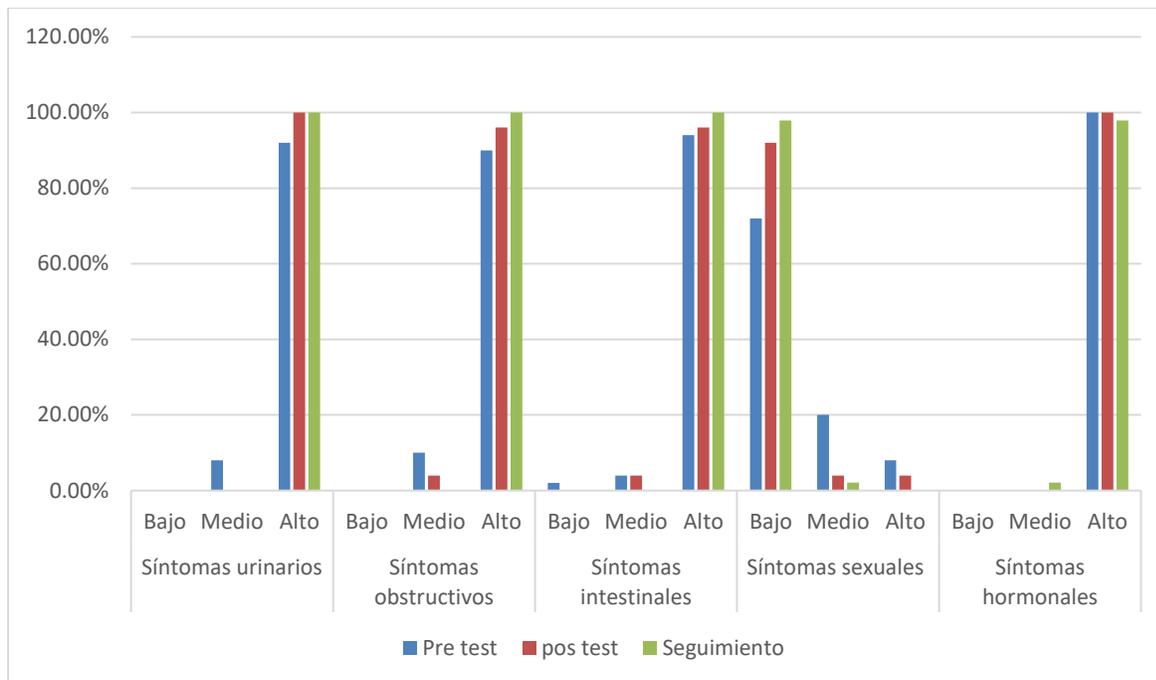


Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

Aunque los resultados globales de la escala de automanejo de síntomas fueron altos, si se discrimina por dimensiones se identifica la alteración en algunas de ellas. La dimensión sexual fue la más alterada en el GI, el 72% se encontraba en un nivel bajo en la primera medición, en la segunda aumentó a un 92% de los participantes con un nivel sexual bajo, en la tercera medición aumentó a un 97%. La dimensión que menos presentó cambios fue la de síntomas hormonales en la primera medición el 100% de los participantes se

encontraban en un nivel alto, en la segunda medición el 97% y en la tercera en un 92% (Figura 7-11).

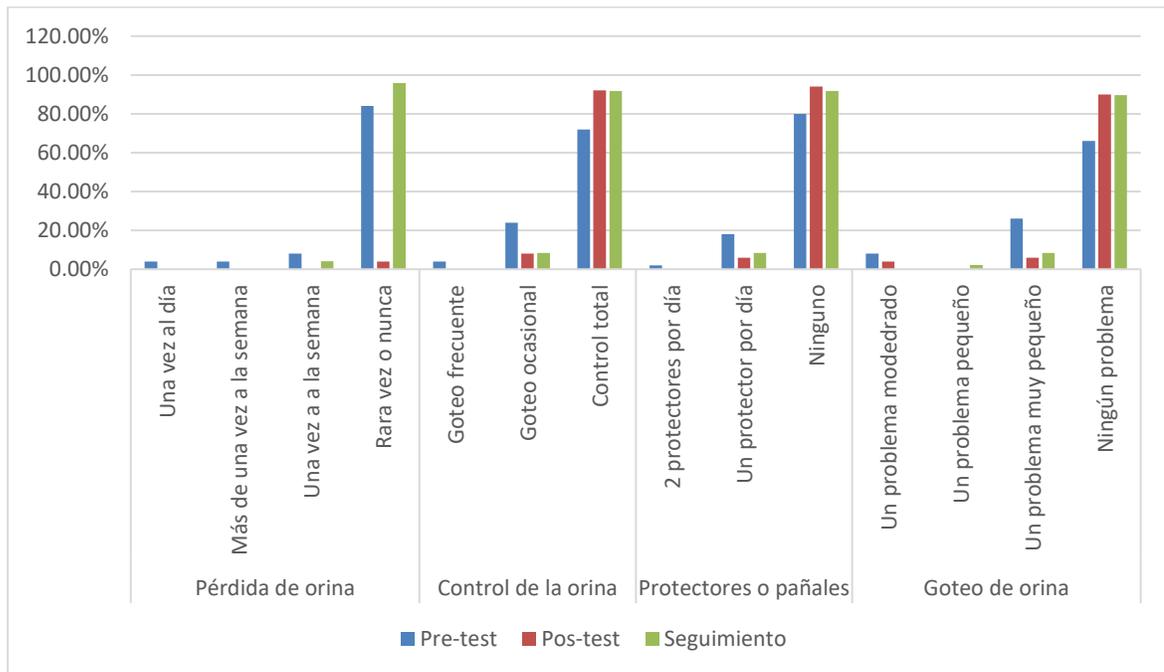
**Figura 7-11** Dimensiones de Automanejo de Síntomas GI



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

En la dimensión de síntomas urinarios se evaluaron aspectos como: pérdida de orina, control de orina, uso de protectores diarios o pañales y goteo de orina. Uno de los síntomas más alterados en esta dimensión antes de la intervención, fue el control de la orina, pues el 28% de los participantes presentaban goteos ocasionales o frecuentes, en la figura 7-7 se observa que en la segunda medición este aspecto disminuye a un 8% y se mantiene en la tercera medición. Secundario a los goteos ocasionales que presentaban los participantes, el 20% usaban protectores o pañales durante el día. En la segunda y tercera medición, el uso de estos dispositivos disminuye a un 6%. Finalmente, el goteo de orina en la primera medición fue un problema para el 34% de los participantes, en la segunda y tercera medición disminuye a un 10% (Figura 7-12).

**Figura 7-12** Análisis ítems síntomas urinarios

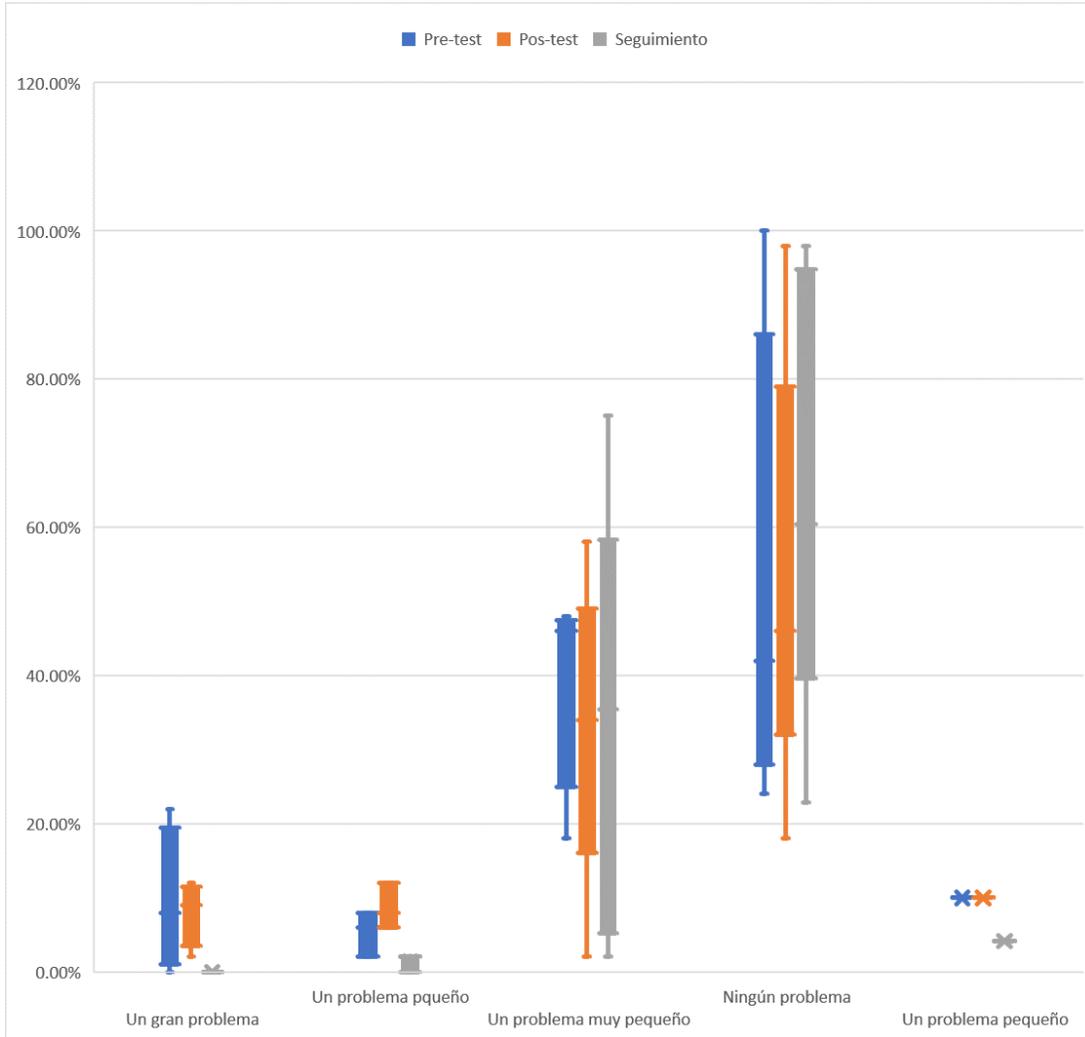


Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

Para los síntomas obstructivos, los ítems evaluaron si los participantes presentaban dolor al orinar, sangrado al orinar, orinar con un chorro débil o no vaciar por completo la vejiga y necesidad de orinar frecuentemente durante el día. En esta dimensión los síntomas más alterados fueron orinar con un chorro débil que afectaba al 68% de los participantes en la primera medición, posterior a la intervención estos síntomas afectaron al 54% de los participantes y en la tercera medición al 40%. Se evidencia un descenso importante en la severidad y frecuencia de este síntoma específicamente (Figura 7-13).

Otro síntoma de esta dimensión que afectó a los participantes fue la necesidad de orinar frecuentemente. En la primera medición el 22% de los participantes percibía que este síntoma les generaba un gran problema y un 54% un problema pequeño o muy pequeño, en la segunda medición se evidencia que estos síntomas aún persisten, sin embargo, sólo el 12% de los participantes perciben este síntoma como un gran problema. En la tercera medición el 75% percibe este síntoma como un problema muy pequeño y el 22% no presenta ningún problema con este síntoma. Lo anterior muestra que esta dimensión también presenta una mejoría a través de las mediciones (Figura 7-13).

**Figura 7-13** Resultado ítems obstructivos



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

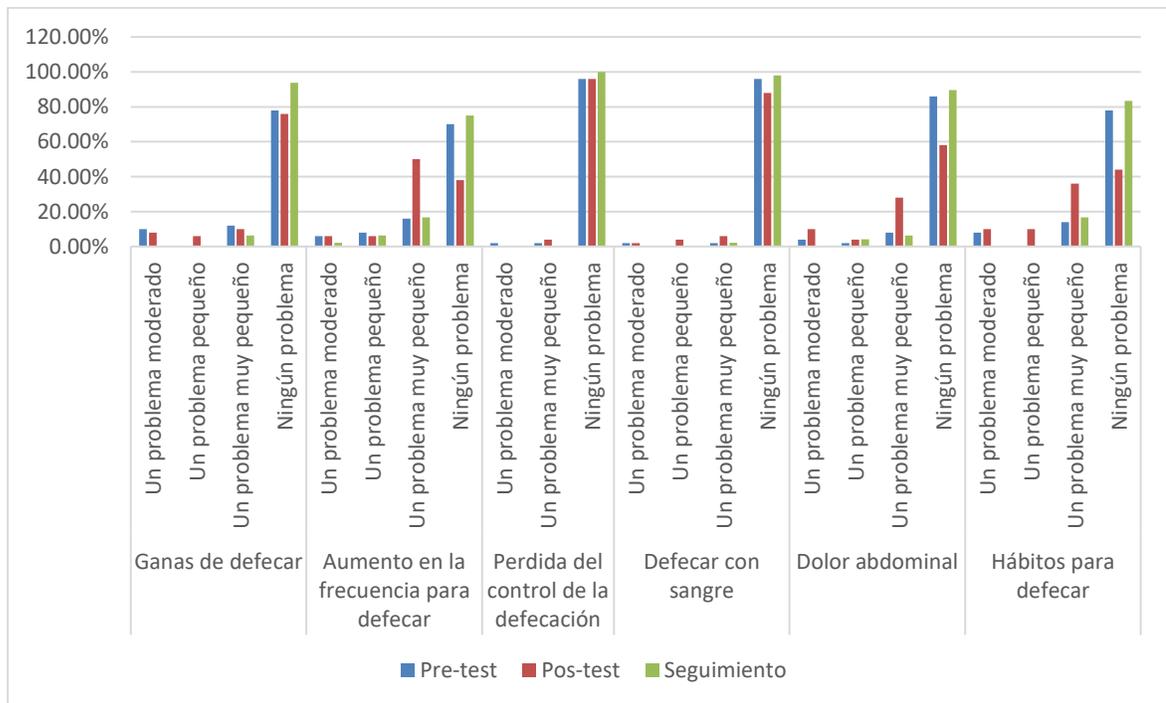
Los síntomas intestinales (Figura 7-14) estuvieron valorados con ítems que hacían relación con el aumento de las ganas de defecar, aumento en la frecuencia para defecar, pérdida del control de la defecación, defecar con sangre, dolor abdominal o rectal y hábitos para defecar. En la primera medición el 28% de los participantes ya percibían algún problema con el aumento en la frecuencia para defecar, que pudo verse relacionado con los cambios de hábitos alimenticios que deben iniciar los participantes para iniciar con las sesiones de radioterapia. Esta cifra aumenta a un 62% en la segunda medición que puede verse relacionado con la dieta y con los efectos secundarios a la irradiación de la mucosa rectal

por cercanía anatómica a la próstata, en el seguimiento, el 24% de los participantes sigue experimentando aumento en la frecuencia de la defecación (Figura 7-14).

El dolor abdominal y rectal también estuvo presente en los participantes. En la primera medición, el 12% presentaba el síntoma, sin embargo, en la segunda medición el 42% de los participantes presentó algún tipo de dolor abdominal o rectal. En la tercera medición, sólo el 10% presentó el síntoma. Defecar con sangre fue otro de los síntomas que presentaron los participantes en el GI, en la primera medición el 4% de ellos presentaron la sintomatología, en la segunda medición aumentó al 12% y en la tercera disminuyó a un 2%, este síntoma está asociado directamente a la radioterapia ya que produce inflamación en la mucosa rectal (Figura 7-9).

Así mismo, los participantes notaron cambios en los hábitos de defecar, en la primera medición un 22% ya presentaban cambios en sus hábitos, en la segunda medición un 56% presentó algún tipo de problema y en la tercera el 17% de los participantes presentaban un problema muy pequeño en este síntoma (Figura 7-14).

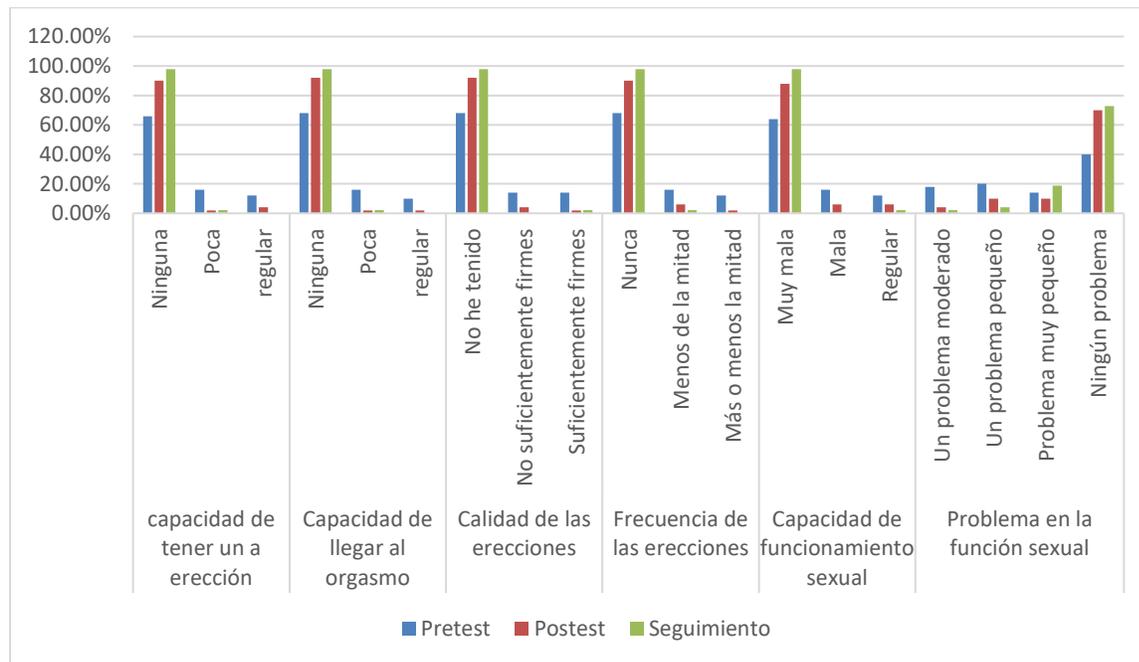
**Figura 7-14** Resultados síntomas intestinales



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

La dimensión sexual fue la más alterada en los participantes del GI. Los síntomas se evaluaron por medio de preguntas como: capacidad de tener una erección, capacidad de llegar al orgasmo, calidad de las erecciones, frecuencia de las erecciones, capacidad de funcionamiento sexual y si ellos percibían que la parte sexual era un problema. Si bien en la primera medición el 60% de los participantes ya tenían alteración en cada uno de los aspectos evaluados en la dimensión, debido a que algunos habían tenido prostatectomía previa, en la segunda medición los síntomas fueron más frecuentes y severos afectando al 80% de los participantes. En la tercera medición empeoran los síntomas afectando al 90%. Es decir que la actividad sexual de los participantes era mínima, sin embargo, el 70% de los participantes en el la segunda y tercera medición no lo percibían como un problema argumentando que ya esa etapa sexual la habían disfrutado y que ahora estaban centrados en recuperar su salud (figura 7-15). Es importante especificar que la disminución de la libido y el funcionamiento sexual va directamente relacionada con los efectos secundarios del tratamiento hormonal que recibían los participantes.

**Figura 7-15** Resultados de los síntomas sexuales



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

Los síntomas hormonales (figura 7-16) fueron evaluados con ítems como sensación de sofocos y calores, sensibilidad en los senos, depresión, falta de energía y subir o bajar de

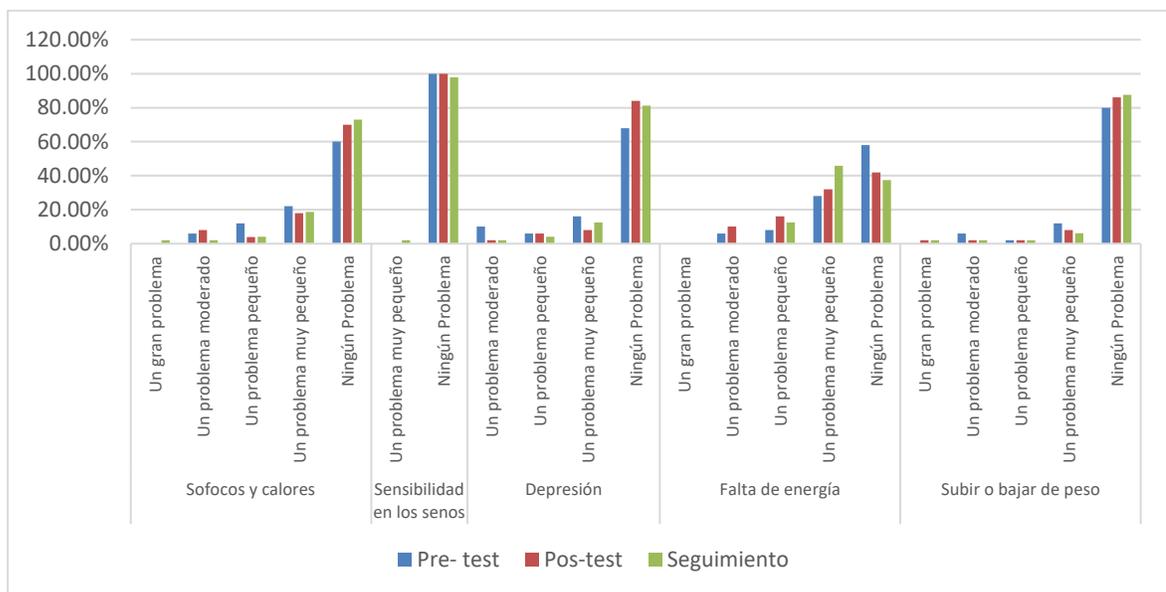
peso. El aspecto menos alterado fue el de sensibilidad en los senos, sólo un 2% en la tercera medición presentaron los síntomas. Los sofocos y calores ya estaban presentes en el 40% de los participantes en la primera medición secundario a que ya habían recibido la primera dosis de tratamiento hormonal 30 días antes de iniciar la intervención, en la segunda medición sólo el 30% de los participantes presentaron los síntomas y en la tercera el 26% persistían con los sofocos (figura 7-16).

La depresión estuvo presente en el 30% de los participantes antes del inicio de la intervención. En la segunda medición el porcentaje de participantes con depresión disminuyó a un 16% y en la tercera el 18% aún persistía con el síntoma. Se evidencia una mejoría en la intensidad del síntoma.

La falta de energía es otro de los síntomas evaluados y uno de los más afectados en la dimensión de los síntomas hormonales. En la primera medición el 42% de los participantes ya presentaban el síntoma, en la segunda medición aumentó la severidad del síntoma a un 58% de los participantes y se mantiene en la tercera medición, esto se asocia a los efectos secundarios de los medicamentos hormonales y a la radioterapia (Figura 7-16).

Finalmente, en los síntomas hormonales la pérdida o aumento de peso no representó ningún problema para el 80% de los participantes en la primera medición y esta preocupación se fue disminuyendo a través de las mediciones posteriores (figura 7-16).

**Figura 7-16** Resultados síntomas hormonales



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

### **Análisis de comparación intragrupo**

Para realizar el análisis de comparación intragrupo en el automanejo de síntomas, se evaluó promedio, desviación estándar, mínimo y máximo y rango promedio. Asimismo, se realizaron pruebas de normalidad y homocedasticidad aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk las cuales no arrojaron normalidad, por lo tanto, se aplicaron pruebas no paramétricas como la U de Mann-Whitney encontrando diferencias significativas en algunas de los síntomas específicos y en el valor global del automanejo de síntomas (Tabla 7-9).

El promedio de los síntomas globales (puntajes de 0 a 100) no se modificó entre la primera medición con una media de 75.8 (DS=9.4) y en la segunda medición la media fue de 75.3 (DS=6.3) con un valor  $p = 0.5$ , lo que determinó que no hubo diferencias significativas en los puntajes globales entre la primera y segunda medición. En la tercera se obtuvo una media de 78.1 (DS=3.1) (valor  $p = 0.03$ ), estadísticamente significativo, es decir que los síntomas eran menos intensos, frecuentes y causaban menos problemas a los participantes (Tabla 7-10).

El promedio de los síntomas urinarios en ella primera medición fue 90.6 (DS=14.7) y en la segunda fue de 97.4 (DS=7) con una diferencia estadísticamente significativa (valor  $p = 0.0001$ ), lo que significa que los síntomas urinarios ocasionaron menos problemas y fueron menos frecuentes e intensos después de la intervención. Asimismo, el promedio se mantiene a las 8 semanas posteriores a la intervención evidenciando la disminución de la concurrencia, frecuencia e intensidad de los síntomas urinarios (Tabla 7-10).

En cuanto a los síntomas obstructivos también presentaron mejoría en la segunda y tercera medición, con una diferencia estadísticamente significativa (valor  $p = 0.0001$ ). En contraste, los síntomas intestinales aumentaron en cuanto a la concurrencia, frecuencia y molestia para los participantes. En la primera medición esta dimensión estaba en una media de 92 (DS=14.4) y en la segunda medición la media disminuyó a 87.4 (DS=12), debido al aumento en la frecuencia de las deposiciones y diarrea como síntomas más frecuentes. Sin embargo, 8 semanas posterior a la intervención los síntomas disminuyeron con una media de 96 (DS=5.6), el valor  $P = 0.0001$  lo que indica una diferencia estadísticamente significativa (Tabla 7-10).

Los síntomas sexuales fueron los más frecuentes y concurrentes en los participantes. A través de las diferentes mediciones tendieron a empeorar, se evidencia diferencia estadísticamente significativa con un valor  $p=0.032$ , se evidenció el deterioro progresivo de la función sexual en los participantes durante el tratamiento (Tabla 7-10).

De la misma manera, los síntomas hormonales no tuvieron cambios a través de las mediciones posterior a la intervención. Si bien los sofocos, falta de energía, sensación de cansancio no mejoraron posterior a la intervención. En el seguimiento a las 8 semanas, se mantuvo la frecuencia concurrente en los participantes pues no hubo un cambio estadísticamente significativo con un valor  $p= 0.5$  (tabla 7-10).

**Tabla 7-10** Resultados GI en las tres mediciones

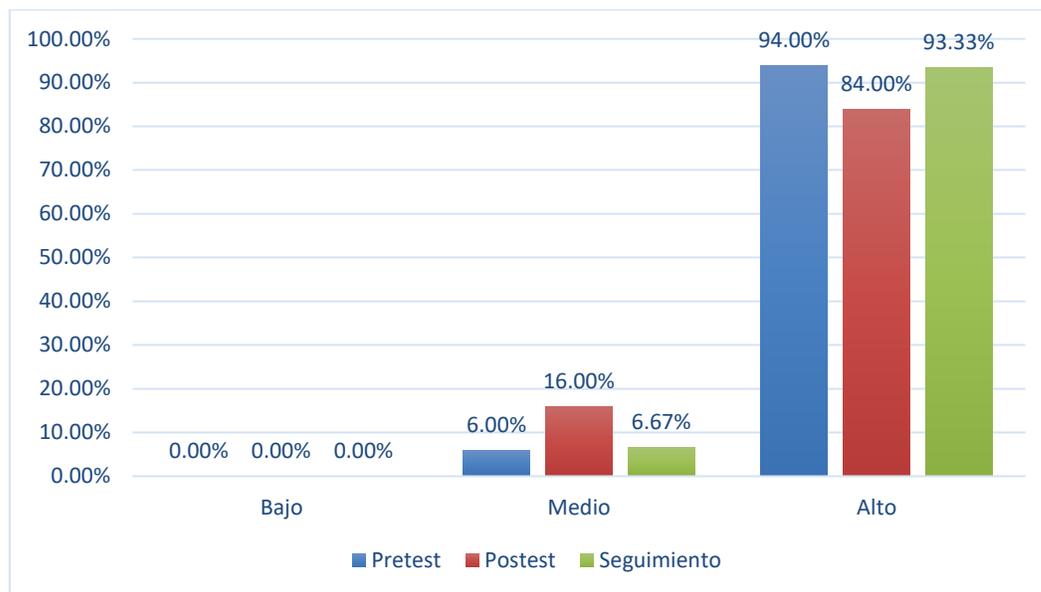
GI	Media	DS	Mín.	Máx.	Rango promedio	Valor p
<b>SÍNTOMAS GLOBAL</b>						
Medición 1	75.8	9.4	42	96	9.6	0.502
Medición 2	75.3	6.3	54	84	6.4	
Medición 3	78.1	3.1	70	83	4.2	0.03*
<b>SÍNTOMAS URINARIOS</b>						
Medición 1	90.6	14.7	43.7	100	12.5	0.0001*
Medición 2	97.4	7	64.7	100	0.00	
Medición 3	97.5	6.6	71	100	0.00	0.858
<b>SÍNTOMAS OBSTRUCTIVOS</b>						
Medición 1	82.7	15.1	43.7	100	18.7	0.646
Medición 2	84	11	50	100	12	
Medición 3	91.6	5.5	81	100	6.2	0.0001*
<b>SÍNTOMAS INTESTINALES</b>						
Medición 1	92	14.4	25	100	8	0.002*
Medición 2	87.4	12	45	100	12.5	
Medición 3	96	5.66	75	100	4.1	0.0001*
<b>SÍNTOMAS SEXUALES</b>						
Medición 1	23.6	19.4	0	87	24	0.032*
Medición 2	17	12.7	0	70	0	
Medición 3	13.6	8	0	45	4.1	0.0074*
<b>SÍNTOMAS HORMONALES</b>						
Medición 1	89.2	11.1	65	100	21	0.295
Medición 2	90	10	60	100	15	
Medición 3	91	10	55	100	10	0.5

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023 \*Valor P: prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Significancia estadística  $p < 0.05$ .

**GRUPO CONTROL**

El automanejo de síntomas en el GC también se encontró en puntajes altos en las tres mediciones, en la primera medición el 94% de los participantes estaban en un alto automanejo de síntomas, en la segunda medición, posterior a la intervención convencional, este automanejo de síntomas desciende a 84%, finalmente en la tercera medición, el porcentaje a un nivel alto aumenta a un 93% de los participantes (figura 7-17).

**Figura 7-17** Automanejo de síntomas global GC.



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

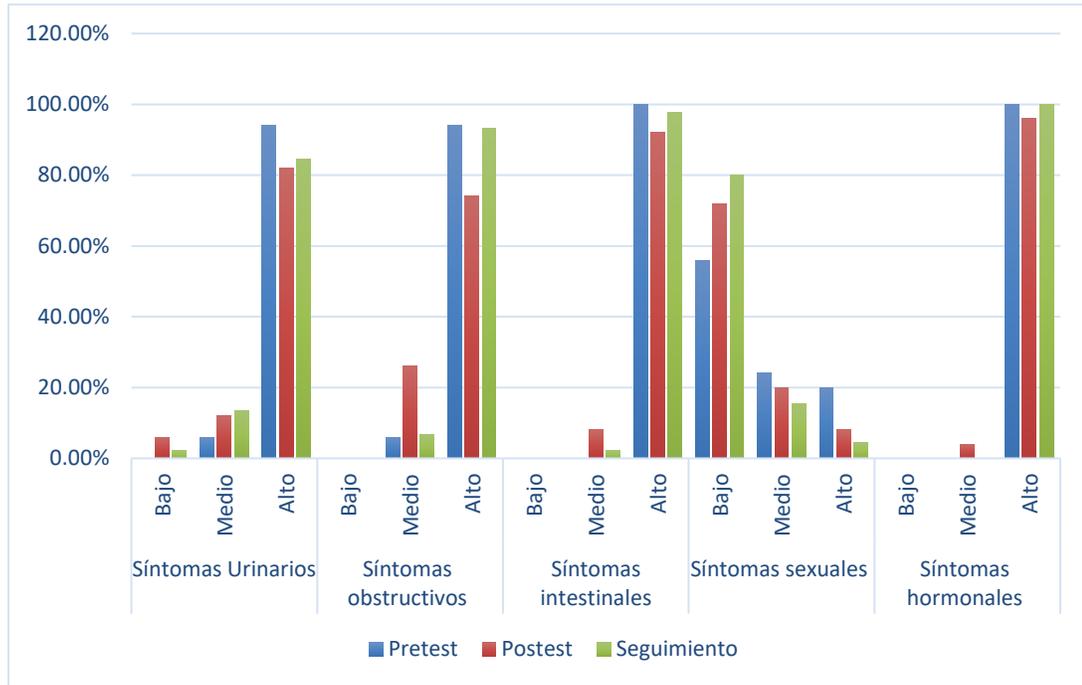
Al discriminar por dimensiones, se identificó que los síntomas sexuales fueron los que más afectaron a los participantes, en la primera medición el 56% tenía un nivel bajo en el automanejo de síntomas sexuales, en la segunda medición aumentó a un 72% y en la tercera medición aumentó a un 80% (Figura 7-18).

La segunda dimensión más afectada fue la de los síntomas obstructivos en la primera medición el 94% tenía un nivel alto, en la segunda medición disminuyó a un 74% y en la tercera medición aumento a un 93% en el automanejo de los síntomas obstructivos (Figura 7-18).

La dimensión de síntomas urinarios, en la primera medición el 94% de los participantes tenían un nivel alto, en la segunda medición, posterior a la intervención convencional

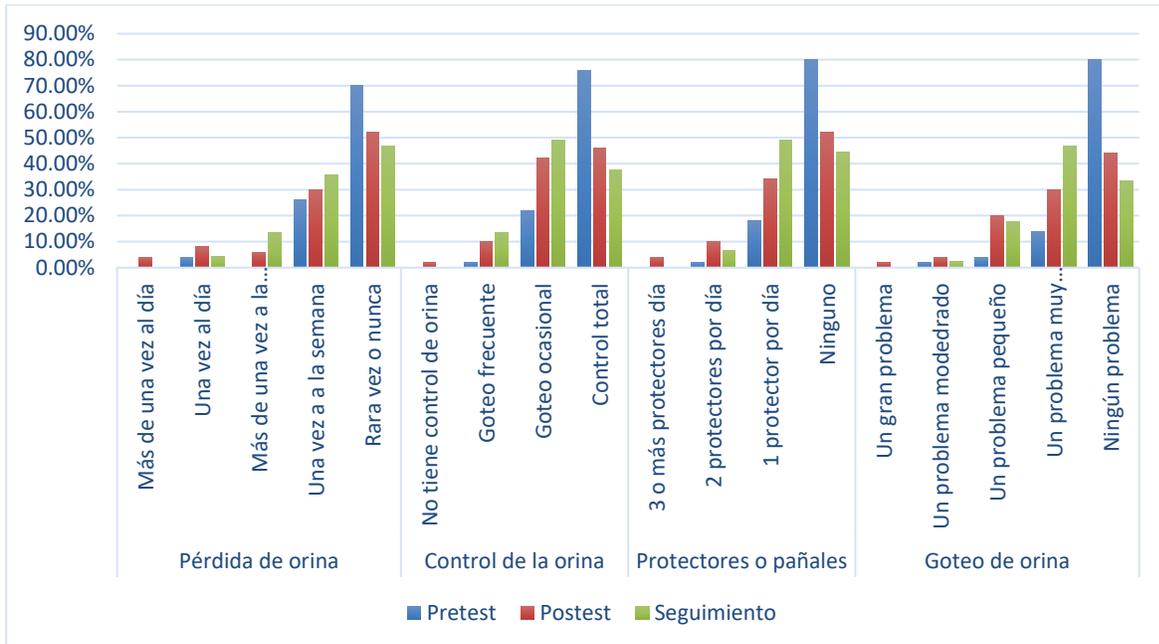
disminuye a un 82% quienes se encontraban en un nivel alto y en la tercera medición aumenta a un 84%. Finalmente, los síntomas intestinales y hormonales no presentan mayor cambio, los dos se mantienen en un nivel alto (Figura 7-18).

**Figura 7-18** Dimensiones Automanejo de Síntomas en el GC



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

En los síntomas urinarios, el 70% de los participantes no presentaba pérdida de orina en la primera medición, en la segunda medición el 42% presentaba algún tipo de pérdida y en la tercera medición el 52% presentaba algún tipo de pérdida de orina. Así mismo, en la primera medición el 76% de los participantes controlaban totalmente la orina, en la segunda medición, sólo el 46% la controlaba totalmente y en la tercera medición sólo el 38%; en consecuencia, el 80% de los participantes en la primera medición no necesitaba uso de protectores o pañales, pero en la segunda medición el 48% ya requería del uso de uno o más protectores o pañales y en la tercera medición el 56% de los participantes. Finalmente, el 80% de los participantes no consideraban ningún problema el goteo de orina en la primera medición, pero en la segunda un 54% lo consideraba un problema y en la tercera aumentó a un 65% quienes consideraban un problema el goteo de orina (Figura 7-19).

**Figura 7-19** Resultado de Síntomas Urinarios en el GC

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

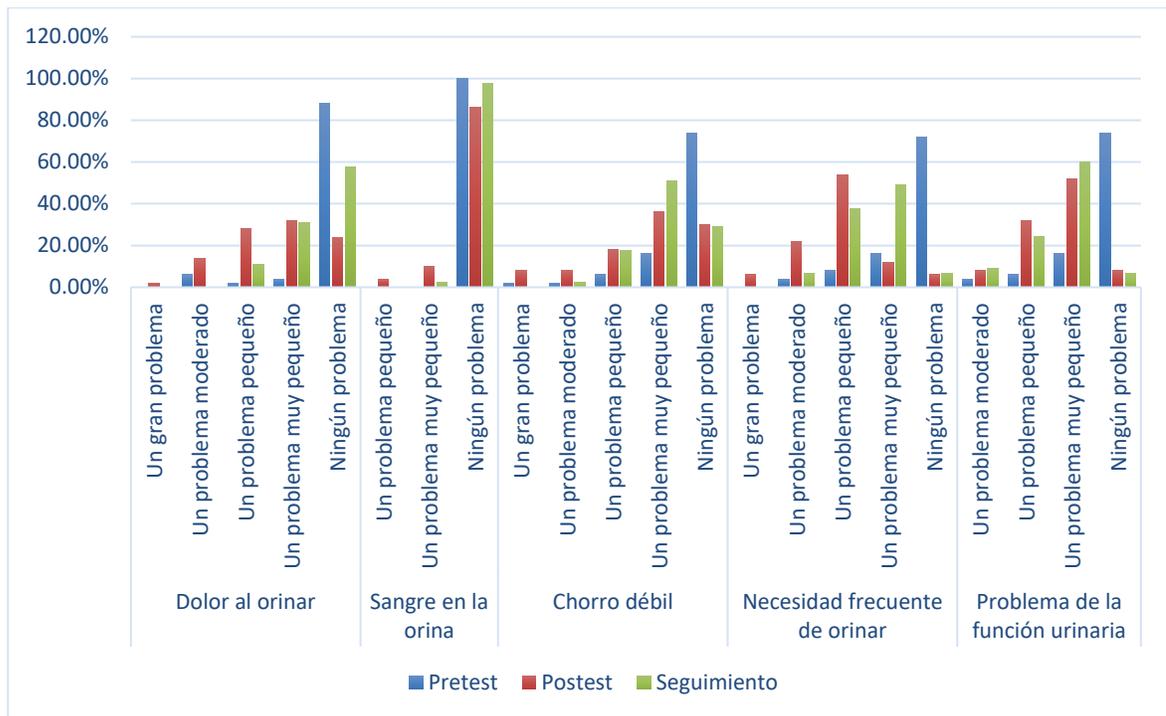
La dimensión de síntomas obstructivos estuvo alterada por el dolor al orinar, chorro débil, necesidad frecuente de orinar y los participantes percibieron que su función urinaria estuvo alterada. En la primera medición el 88% de los participantes no presentaban dolor al orinar, en la segunda el 76% de los participantes ya presentaba algún tipo de problema con el síntoma, en la tercera medición sólo el 42% presentaba algún problema con el síntoma (Figura 7-20).

Otro de los síntomas más relevantes en esta dimensión fue la necesidad de orinar frecuentemente. En la primera medición, el 72% de los participantes no tenían ningún problema con este síntoma, en la segunda medición el 94% percibía algún tipo de problema con este síntoma y en la tercera el 93% continuaba con la percepción del problema (Figura 7-20).

El chorro débil también fue otro de los síntomas alterados en esta dimensión. En la primera medición el 74% de los participantes no tenían ningún problema con este síntoma, ya en la segunda medición el 70% percibían algún tipo de problema con el síntoma, en la tercera medición el 70% persiste con el problema (Figura 7-20).

Uno de los síntomas menos prevalentes y con menor intensidad y frecuencia fue la presencia de orina en la sangre, en la primera medición el 100% de los participantes no presentaban el síntoma, en la segunda medición el 14% presentaron el síntoma y en la tercera medición sólo un 2% presentaban algún problema con el sangrado. Finalmente, el 74% de los participantes no presentaban ningún problema en la función urinaria en la primera medición, en la segunda, el 92% percibían algún tipo de problema y en la tercera medición se mantuvo el mismo porcentaje (Figura 7-20).

**Figura 7-20** Resultados de síntomas obstructivos en el GC



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

En cuanto a los síntomas intestinales, el síntoma más prevalente entre los participantes fue el aumento en la frecuencia de defecar. En la primera medición el 88% de los participantes no percibía ningún problema con este síntoma, en la segunda el 90% percibía algún tipo de problema con este síntoma, en la tercera disminuyó la intensidad y frecuencia del síntoma y sólo un 37% percibía que el dolor representaba algún problema para ellos (figura 7-21).

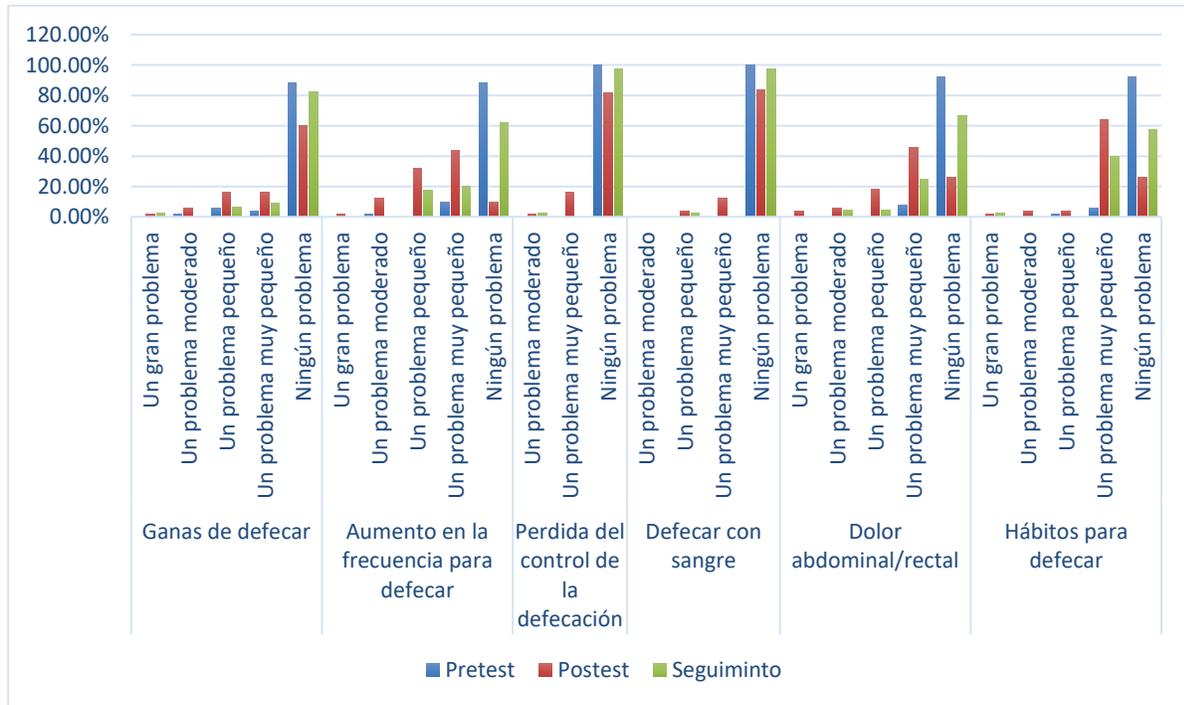
Otro de los síntomas más prevalentes en esta dimensión fue la presencia de dolor abdominal y/o rectal en los participantes. En la primera medición se identificó que el 92%

de los participantes no presentaba ningún problema con este síntoma, en la segunda medición, el 74% percibía algún problema con el síntoma, en la tercera medición disminuyó a 32% quienes percibían algún tipo de problema con los síntomas (figura 7-21).

Los participantes también experimentaron la pérdida de control de la defecación. En la primera medición el 100% no presentaban el síntoma, en la segunda, un 18% presentó algún tipo de problema con el síntoma, en la tercera medición sólo un 2% persistió con el problema (figura 7-21).

Finalmente, los cambios en los hábitos para defecar para el 92% de los participantes en la primera medición no representaban ningún problema, en la segunda medición el 74% ya presentaban problemas con el síntoma y en la tercera medición el 40% percibía un problema pequeño en los cambios de los hábitos intestinales (figura 7-21).

**Figura 7-21** Resultados síntomas intestinales en el GC



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

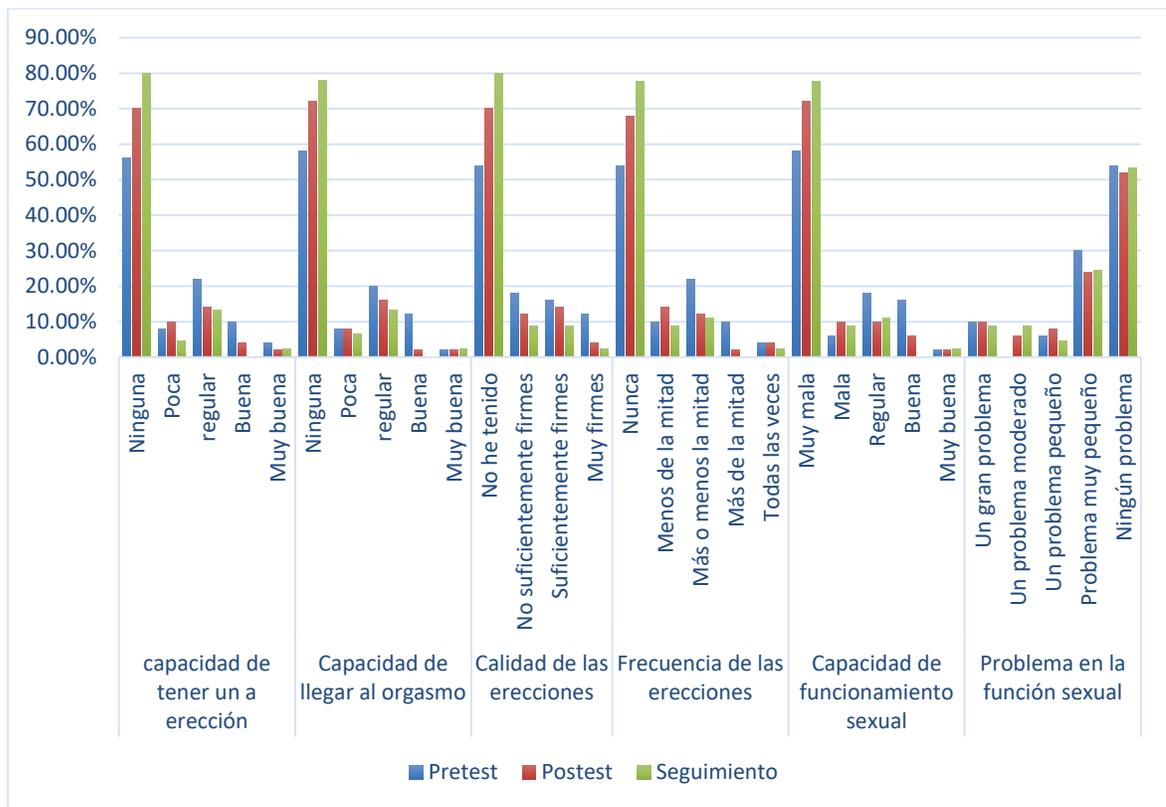
La dimensión de síntomas sexuales fue la más alterada de la escala. Todos los ítems de la dimensión estaban alterados desde la primera medición. El 56% de los participantes no tenían la capacidad de tener una erección desde la primera medición, en la segunda

medición la severidad de este síntoma aumentó al 70% y en la tercera medición aumentó al 80. Asimismo, la capacidad de llegar al orgasmo estaba igualmente comprometida, en la primera medición se identificó que el 58% no tenían la capacidad de llegar al orgasmo, en la segunda medición se intensificó el síntoma y el 72% ya no tenía la capacidad de llegar al orgasmo y en la tercera medición aumentó al 78% (Figura 7-22).

La calidad y frecuencia de las erecciones también se afectó en las tres mediciones. En la primera medición el 54% de los participantes no tenían calidad en las erecciones y poca frecuencia de estas, en la segunda medición estos síntomas se intensifican y el 70% no presenta ninguna de los dos aspectos. En la tercera medición la severidad del síntoma aumenta al 80% de los participantes (Figura 7-22).

Sin embargo, el 54% de los participantes no consideran este deterioro de la actividad sexual como un problema en la primera medición, en la segunda y tercera medición se mantiene con un 53% de los participantes (Figura 7-22).

**Figura 7-22** Resultados síntomas intestinales en el GC



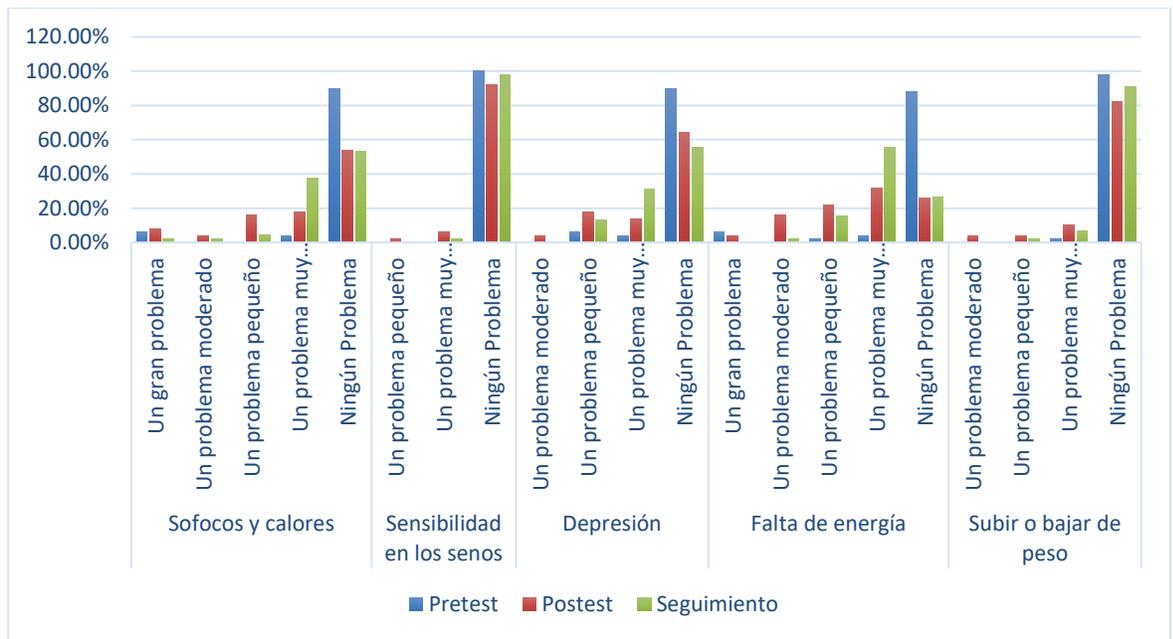
Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

En la dimensión de síntomas hormonales se identificaron tres ítems que fueron los más alterados. Los sofocos y calores, depresión y falta de energía. En la primera medición del síntoma de sofocos y calores, el 90% de los participantes no presentaba ningún problema con este síntoma, en la segunda medición, el 46% de los participantes percibían algún tipo de problema, en la tercera medición se mantiene el 45% de los participantes con algún tipo de problema en este síntoma (Figura 7-23).

La depresión fue otro de los síntomas que más de agudizó en el GC. En la primera medición el 90% de los participantes no tenían ningún problema con este síntoma, en la segunda medición la intensidad del síntoma aumenta y el 36% de los participantes ya percibían algún tipo de problema con la depresión, en la tercera medición aumenta el porcentaje de participantes con el síntoma a 44% (Figura 7-23).

La falta de energía fue otro de los síntomas más alterados en esta dimensión, en la primera medición el 88% de los participantes no presentaban el síntoma. En la segunda medición el 74% ya presentaba algún tipo de problema con el síntoma y en la tercera medición se mantiene el 73% (Figura 7-23).

**Figura 7-23** Resultados síntomas hormonales en el GC



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

**Análisis de comparación intragrupo**

Para realizar el análisis de comparación intragrupo en el automanejo de síntomas en el GC, se evaluó promedio, desviación estándar, mínimo y máximo y rango promedio. Inicialmente se realizaron pruebas de normalidad y homocedasticidad aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk las cuales no arrojaron normalidad, por lo tanto, se aplicaron pruebas no paramétricas como la prueba de Wilcoxon encontrando diferencias significativas en algunas de los síntomas específicos y en el valor global del automanejo de síntomas (Tabla 7-11).

La media del total de síntomas en el GC en la primera medición fue de 82 (DS=10), en la segunda medición la media disminuye a 67 (DS=10) y en la tercera medición la media aumenta a 72 (DS=9). Se identifica un valor  $P=0.0001$  que indica una diferencia estadísticamente significativa, lo que indica que los síntomas se intensificaron y fueron más frecuentes en los participantes. Sin embargo, en la tercera medición realizada a la 8 semana terminada la intervención convencional, se evidenció que los síntomas mejoran en intensidad y frecuencia con un valor  $p=0.0001$  que indica cambios estadísticamente significativos hacia la mejoría (Tabla 7-11).

En los síntomas urinarios se evidenció en la primera medición una media de 92 (DS=14), en la segunda medición se evidenció un descenso de la media a 78 (DS=23) y un valor  $P=0.0001$  lo que muestra una diferencia estadísticamente significativa hacia la intensificación de los síntomas urinarios con la intervención convencional. Asimismo, en la tercera medición se obtuvo una media de 78 (DS=19) con un valor  $P=0.74$  sin diferencia estadísticamente significativas entre la segunda medición y la tercera mostrando que los síntomas urinarios se mantuvieron en intensidad y frecuencia posterior a las ocho semanas posteriores de la terminación de la intervención convencional (Tabla 7-11).

Los síntomas obstructivos en la primera medición tuvieron una media de 93 (DS=13), en la segunda medición se evidenció una disminución en la media a 69 (DS=15) con un valor  $P=0.0001$ , con una diferencia estadísticamente significativa lo que indicó un aumento en la intensidad y frecuencia de los síntomas entre las dos mediciones, en la tercera medición se identificó un aumento en la media a 81 (DS=10) un valor  $P=0.001$  indicando que los síntomas a las ocho semanas posteriores a la terminación de la intervención convencional mejoraron los síntomas en intensidad y frecuencia (Tabla 7-11).

Los síntomas intestinales tuvieron una media de 97 (DS=6) en la primera medición, en la segunda medición se identificó un descenso a 80 (DS=13) con un valor  $P=0.0001$

indicando una diferencia estadísticamente significativa en el deterioro de estos síntomas. En la tercera medición se evidenció un aumento en la media a 91 (DS=12) con un valor  $p=0.001$  indicando diferencia estadísticamente significativa hacia la mejoría de estos síntomas intestinales en intensidad y frecuencia (Tabla 7-11).

Los síntomas sexuales presentaron en la primera medición una media de 34 (DS=26), en la segunda medición la media disminuyó a 25 (DS=21) con un valor  $P=0.001$  indicando una diferencia estadísticamente significativa hacia el deterioro de los síntomas sexuales. En la tercera medición disminuye la media a 21 (DS=18) valor  $P= 0.74$  indicando que no hay diferencias estadísticamente significativas y los síntomas se mantienen iguales entre la segunda y tercera medición (Tabla 7-11).

Los síntomas hormonales presentaron una media de 96 (DS=10) en la medición inicial, en la segunda medición la media estuvo en 83 (DS=13) y un valor  $P=0.0001$  indicando una diferencia estadísticamente significativa hacia el deterioro de estos síntomas. En la tercera medición se obtuvo una media de 88 (DS= 8) valor  $P=0.07$  lo que indicó que no hubo diferencias estadísticamente significativas y los síntomas hormonales se mantuvieron entre la segunda y tercera medición (Tabla 7-11).

**Tabla 7-11** Resultados del automanejo de síntomas en el GC en las tres mediciones

GC	Media	DS	Mín.	Máx.	Rango promedio	Valor p
<b>SÍNTOMAS GLOBAL</b>						
Medición 1	82	10	55	100	10	0.0001
Medición 2	67	10	42	86	10	
Medición 3	72	9	49	94	11	0.0001
<b>SÍNTOMAS URINARIOS</b>						
Medición 1	92	14	37	100	12	0.0001
Medición 2	78	23	38	100	35	
Medición 3	78	19	29	100	29	0.744
<b>SÍNTOMAS OBSTRUCTIVOS</b>						
Medición 1	93	13	43	100	8	0.0001
Medición 2	69	15	37	100	25	
Medición 3	81	10	56	100	12	0.001
<b>SÍNTOMAS INTESTINALES</b>						
Medición 1	97	6	75	100	25	0.001
Medición 2	80	13	33	100	9	
Medición 3	91	12	37	100	12	0.001
<b>SÍNTOMAS SEXUALES</b>						
Medición 1	34	26	0	100	39	0.0001
Medición 2	25	21	0	100	19	

Medición 3	21	18	0	100	4	0.74
<b>SÍNTOMAS HORMONALES</b>						
Medición 1	96	10	60	100	0	0.0001
Medición 2	83	13	50	100	16.3	
Medición 3	88	8	70	100	12.5	0.07

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023 \*Valor P: Prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Significancia estadística valor  $p < 0.05$ .

### 7.3.3 Niveles de rendimiento funcional

El instrumento con el que se realizó la medición del rendimiento funcional de los hombres con CP fue el FACIT-P. Para interpretar las puntuaciones de la escala, se dividieron las puntuaciones teóricas (0 mínimo y 156 máximo) en tres segmentos: bajo de 0 a 52; medio de 52 a 104 y alto de 104 a 156. Las dimensiones físicas, social y bienestar funcional cuentan con puntuaciones teóricas de 0 a 28 y se dividieron en, bajo: 0 a 9, medio de 9 a 18 y alto de 16 a 24. La dimensión emocional cuenta con puntuaciones teóricas de 0 a 24 y las puntuaciones se dividieron en bajo: 0 a 8, medio 8 a 16 y alto de 16 a 24 finalmente la dimensión de aspectos de cáncer de próstata tiene puntuaciones teóricas de 0 a 48 y sus puntuaciones se dividieron en bajo: 0 a 16, medio 16 a 32 y alto 32 a 48.

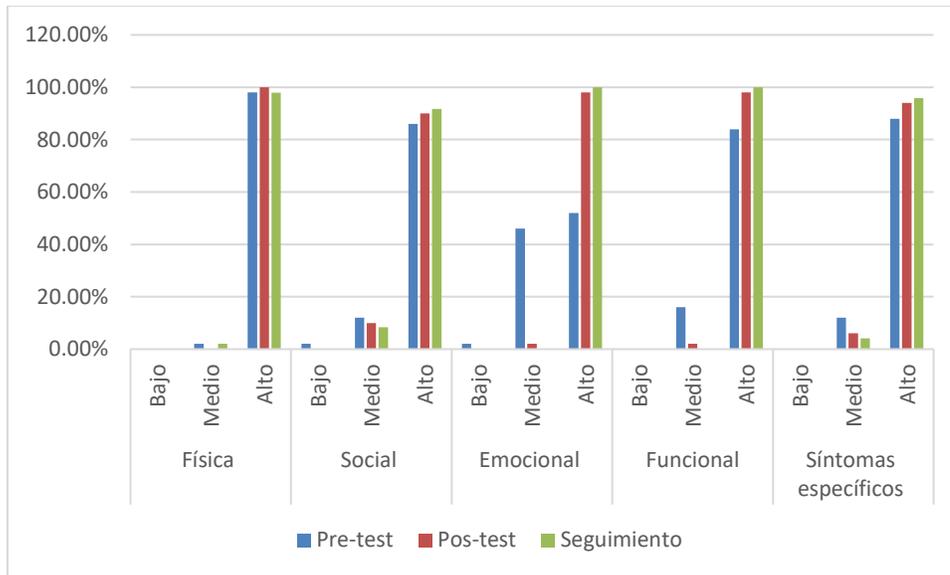
#### **GRUPO INTERVENCIÓN**

Al realizar el análisis de los niveles de rendimiento funcional global de los participantes del GI, en la primera medición se identificó que el 92% de los participantes se encontraban en nivel alto lo cual persistió en las mediciones posteriores, en la segunda medición fue el 98% y en la tercera medición fue el 97%.

Al especificar por dimensiones, en la primera medición de la dimensión física, el 98% de los participantes se encontraban en nivel alto. En la segunda medición aumento al 100% y en la tercera se mantuvo con un 97%. En la dimensión social se identificó que un 2% tenían un soporte social bajo en la primera medición, 12% medio y 86% alto, en la segunda medición el 90% tenían un nivel alto que se mantuvo en la tercera medición. La dimensión emocional fue la más afectada. En la primera medición el 2% se encontraban en un nivel bajo, el 46% estaba en nivel medio y el 52% en nivel alto, en la segunda medición aumentó a un 98% los participantes en nivel alto. En la dimensión funcional el 16% presentaba un nivel medio y 84% en nivel alto, aspecto que mejoró en la segunda y tercera medición. Finalmente, en la dimensión de síntomas específicos, el 12% tenía un nivel medio y un

88% un nivel alto en la primera medición, en la segunda aumentó a un 94% quienes estaban en nivel alto y en la tercera se mantuvo en el mismo nivel (figura 7-24).

**Figura 7-24** Análisis de resultados Rendimiento Funcional



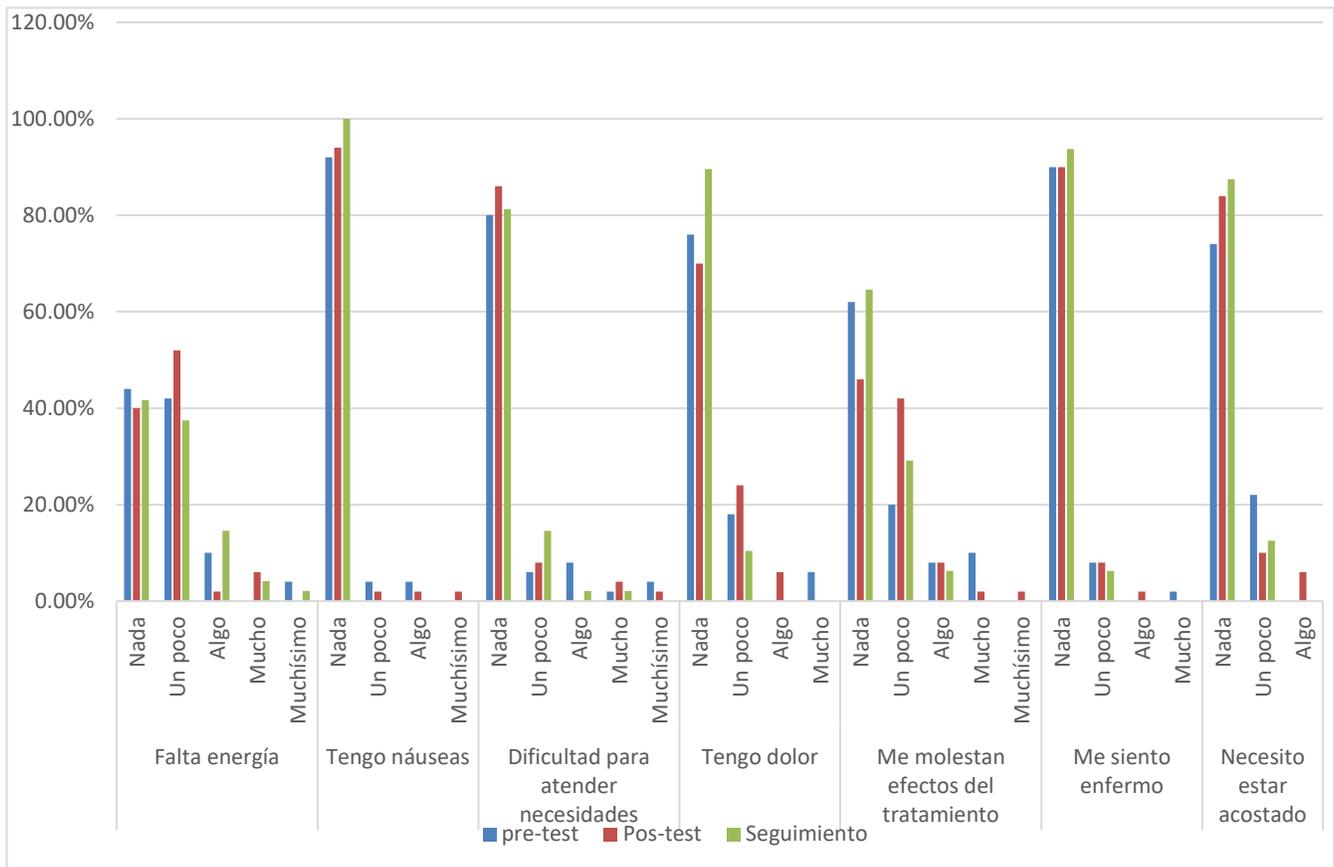
Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

En la dimensión física, el síntoma más alterado en la primera medición fue la falta de energía, el 52% de los participantes percibieron un poco o algo de este síntoma, en la segunda medición estos síntomas empeoraron pues un 60% percibieron falta de energía y perduraron en la tercera medición en un 67% (Figura 7-25).

El 24% de los participantes presentaban dolor en alguna parte del cuerpo en la primera medición, este síntoma se deterioró en la segunda medición y un 30% de los participantes presentaron un poco o algo de dolor, este síntoma mejoró en la tercera medición y descendió a un 10% (Figura 7-25).

Al 38% le molestaban los efectos secundarios del tratamiento en la primera medición, síntoma que empeoró en la segunda medición pues el 54% de los participantes percibieron mayor molestia, en la tercera medición este aspecto mejoró pues sólo el 35% presentaban molestias (Figura 7-25).

**Figura 7-25** Análisis de resultados la dimensión física del Rendimiento Funcional



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

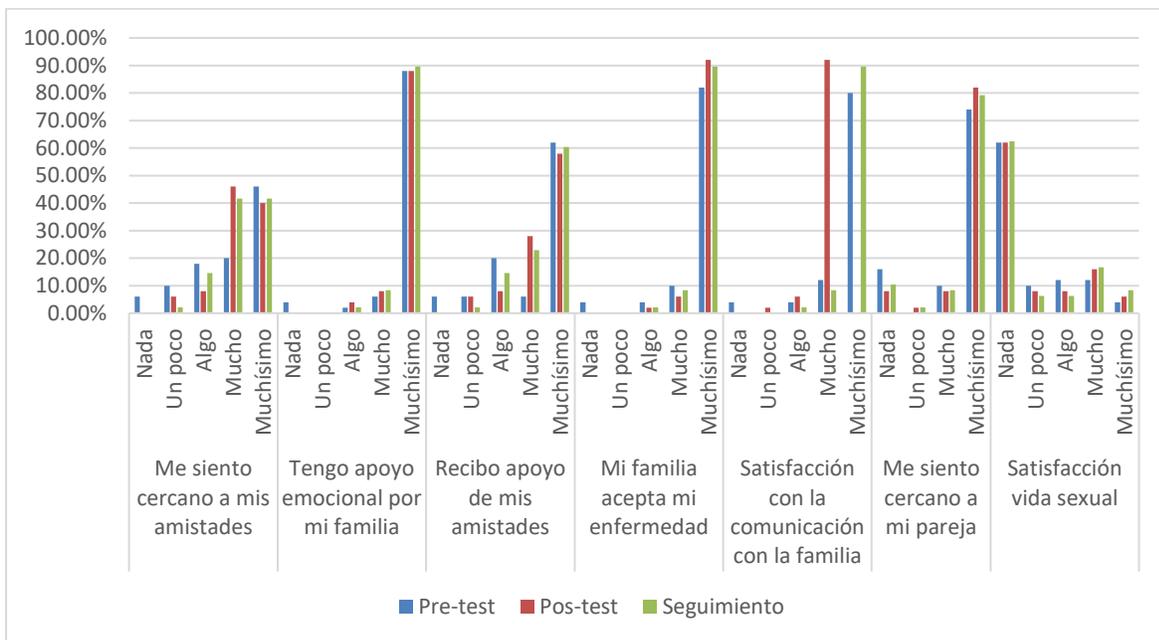
En la dimensión social, el aspecto más afectado estuvo relacionado con las amistades, en la primera medición, el 34% de los participantes percibían poca cercanía de las amistades en ese momento, en la segunda medición mejoró este aspecto y el 86% ya percibían cercanía a sus amistades y se mantuvo en el seguimiento. Así mismo, la percepción del apoyo recibido por sus amistades en la primera medición era solo percibido por el 68% de los participantes, en la segunda medición aumentó al 86% y se mantuvo en la tercera medición (figura 7-26).

En la parte familiar, en la primera medición los participantes se sintieron apoyados emocionalmente por parte de sus familiares cercanos en un 94%, en la segunda medición aumentó a un 96% y en la tercera aumentó a un 97%. La familia también aceptó la enfermedad de los participantes en la primera medición en un 92%, en la segunda medición en un 98% y se mantuvo en la tercera medición. En cuanto a la satisfacción de

la comunicación con la familia, en la primera medición el 92% estaban satisfechos, en la segunda medición se mantuvo y en la tercera bajó a un 89% (figura 7-26).

En la cercanía de los participantes con la pareja el 84% se sentía cercano en la primera medición, en la segunda medición aumentó a un 90% y en la tercera medición se mantuvo con 87%. El 62% de los participantes no se sentían satisfechos con su vida sexual en la primera medición, aspecto que no mejoró en la segunda medición y en la tercera se mantuvo con los mismos porcentajes (figura 7-26).

**Figura 7-26** Análisis de resultados la dimensión social del Rendimiento Funcional



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

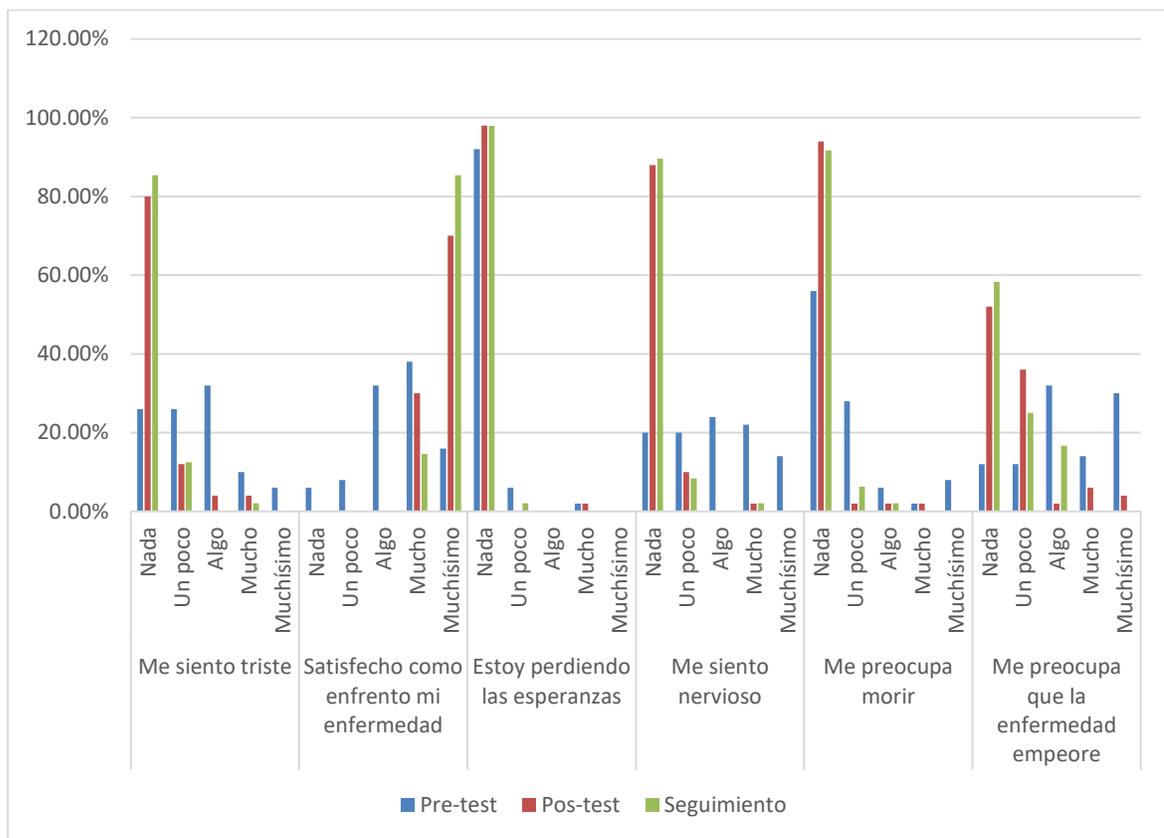
En la dimensión emocional, el ítem más alterado en esta dimensión fue el sentirse nervioso, en la primera medición el 80% de los participantes sentían entre algo y muchísimos nervios relacionado con la enfermedad, el tratamiento y los efectos secundarios, sin embargo, en la segunda medición disminuyó a solo un 12% y en la tercera medición el 10% continuaba con nervios (figura 7-27).

Al 44% de los participantes en la primera medición les preocupaba mucho morir, sensación que con el transcurrir de tratamiento y de la intervención disminuyeron al 6% en la segunda medición y se mantuvo en la tercera con un 8%. Sin embargo, les preocupaba mucho que la enfermedad empeorara, en la primera medición el 88% de los participantes tenían la

preocupación, en la segunda medición disminuyó al 48% y en la tercera medición descendió a un 41% (figura 7-27).

Los participantes en ningún momento perdieron la esperanza. En la primera medición el 92% tenían esperanza que iban a superar la enfermedad y veían el momento como algo transitorio, en la segunda medición ese nivel de esperanza aumento a un 98% de los participantes y en la tercera medición se mantuvo en el 97% (figura 7-27).

**Figura 7-27** Análisis de resultados la dimensión emocional del Rendimiento Funcional



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

La dimensión funcional aborda elementos que pueden verse alterados en las actividades de la vida diaria en lo relacionado con la autonomía y la capacidad de desempeño. El ítem más alterado fue: he aceptado la enfermedad. Un 58% de los participantes en la primera medición habían aceptado entre algo o nada su enfermedad, en la segunda medición aumentó la aceptación y sólo quedó un 14% que en algo no habían aceptado su enfermedad, en la tercera medición un 17% continuaban sin aceptar completamente su enfermedad. Otro de los ítems alterados fue el de dormir bien, en la primera medición el

40% de los participantes no dormían bien, en la segunda medición disminuyó a un 14% quienes no podían dormir bien, en la tercera aumentó a un 29% (Figura 7-28).

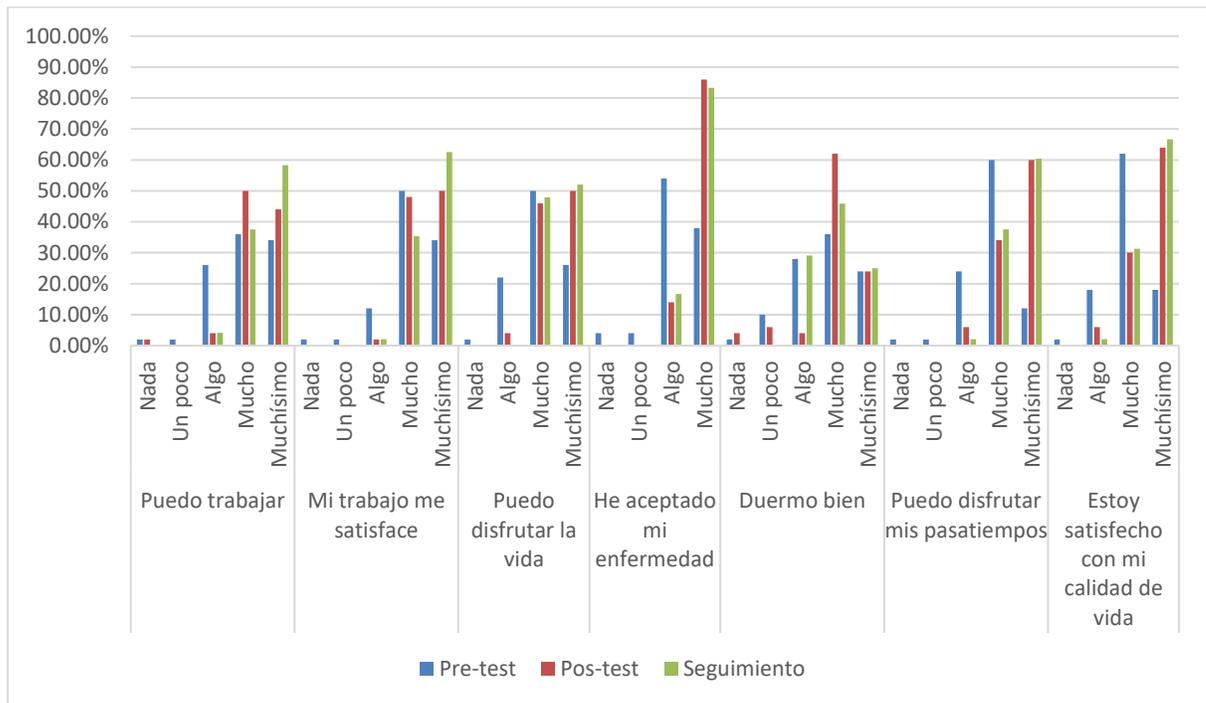
Un aspecto relevante fue que, a pesar de encontrarse en tratamiento para el CP, los participantes sentían que podían trabajar. Si bien más del 50% de los participantes aún se encontraban activos en las actividades laborales, el 76% podía realizar su trabajo en la primera medición, y se evidencia que se mantuvieron activos durante el tratamiento pues en la segunda y tercera medición el 94% y 95% respectivamente, continuaron con sus actividades laborales. Así mismo, el trabajo que realizaban los satisfacía. En la primera medición el 84% se sentía satisfecho, en la segunda medición el 98% y en la tercera el 97% (Figura 7-28).

Ahora bien, en cuanto a las actividades relacionadas con el tiempo libre y pasatiempos, se identificó que el 24% de los participantes en la primera medición percibían que no podían disfrutar la vida, sin embargo, en la segunda medición disminuyó a un 4% y en la tercera este porcentaje descendió a cero. En lo relacionado con poder disfrutar de sus pasatiempos, en la primera medición el 28% percibía que no lo podía hacer, en la segunda medición descendió a un 6% y en la tercera sólo un 2% de los participantes percibían que no podían disfrutar de sus pasatiempos (Figura 7-28).

Finalmente, en lo relacionado con la percepción de los participantes en si se sentían satisfechos con su calidad de vida, en la primera medición el 20% de los participantes no se sentían satisfechos, en la segunda medición disminuyó a un 6% y en la tercera a un 2% (Figura 7-28).

Si bien la dimensión funcional en los participantes tuvo un puntaje total alto, hubo aspectos que mejoraron posterior a la intervención Prostactive entre ellos se encuentran el poder dormir bien, disfrutar mejor sus pasatiempos y la percepción de disfrutar la vida a pesar de estar cursando con una enfermedad como el CP.

**Figura 7-28** Análisis de resultados la dimensión funcional del Rendimiento Funcional



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

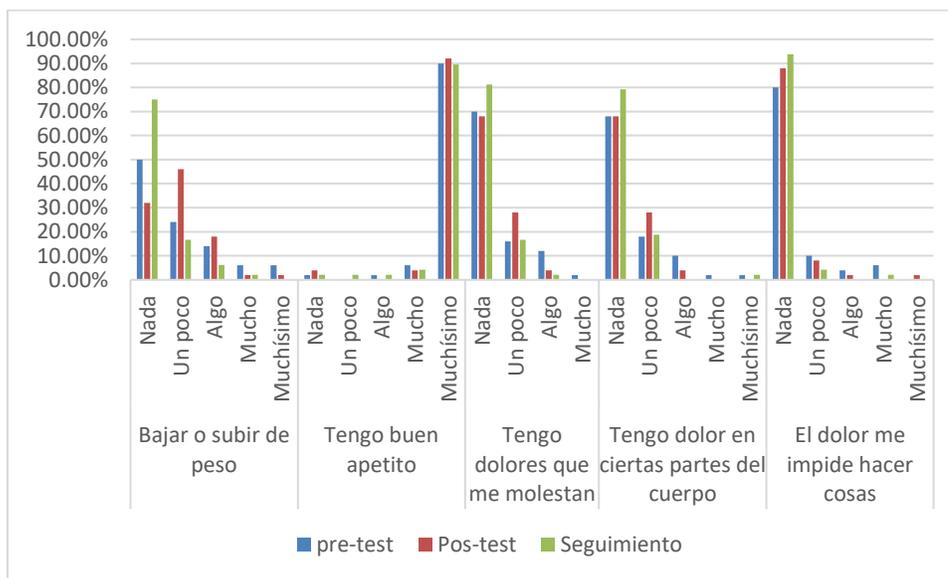
La dimensión de síntomas específicos del CP hace referencia a los síntomas más relevantes que presentan estos pacientes. Los síntomas que se evalúan son: bajar o subir de peso, si tiene buen apetito, dolor y si este impide hacer cosas de la vida diaria, estreñimiento, dificultad para orinar, orinar más de lo usual, si las actividades diarias se limitan por la orina, capacidad de mantener una erección y además se abordan síntomas cognitivos como los son capacidad de sentir como hombre y si se siente satisfecho con el alivio que tiene hasta el momento.

Uno de los síntomas más alterados en esta dimensión fue la presencia de dolor en diferentes partes del cuerpo, el 32% de los participantes en la primera medición presentaban el síntoma, en la segunda, el porcentaje se mantiene y en la tercera el porcentaje desciende a un 20%. Asimismo, este dolor les impide hacer cosas de la vida diaria a un 20% de los participantes en la primera medición, en la segunda medición disminuye a un 12% y en la tercera sólo a un 6% (Figura 7-29).

Otro síntoma que refieren los participantes es el orinar más de lo usual, el 68% de los participantes en la primera medición presentaban este síntoma, en la segunda medición

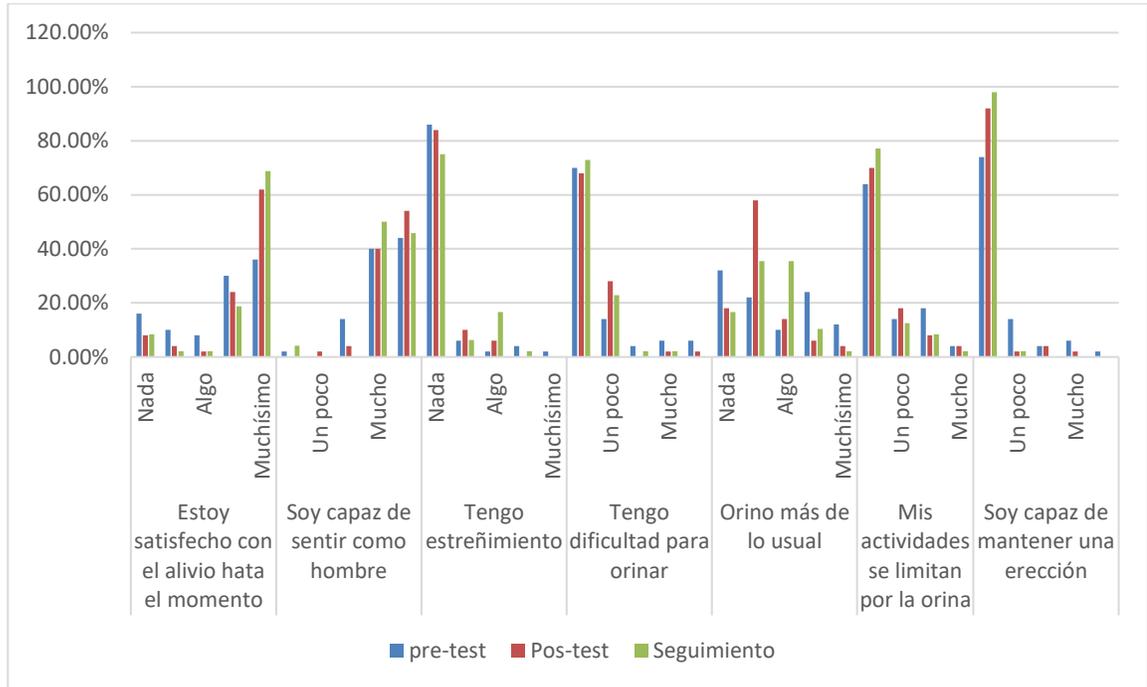
aumentó a un 82% y en la tercera se mantuvo en el mismo porcentaje. En concordancia con el instrumento de síntomas específicos del CP, la parte sexual es el aspecto más alterado, en la primera medición el 74% de los participantes no eran capaces de mantener una erección, en la segunda aumentó al 92% y en la tercera aumentó al 97%, esto relacionado con el tratamiento conjugado de radioterapia y terapia hormonal (Figura 7-30).

**Figura 7-29** Análisis de resultados la dimensión de síntomas específicos del CP del Rendimiento Funcional



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

**Figura 7-30** Análisis de resultados la dimensión de síntomas específicos del CP del Rendimiento Funcional



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

**Análisis de comparación intragrupo**

Para realizar el análisis de comparación intragrupo en el automanejo de síntomas, se evaluó promedio, desviación estándar, mínimo y máximo y rango promedio. Se realizaron pruebas de normalidad y homocedasticidad aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro- Wilk las cuales no arrojaron normalidad, por lo tanto, se aplicaron pruebas de rangos con signo de Wilcoxon, en cada una de las variables del instrumento.

El resultado global del rendimiento funcional del GI presentó una media en la primera medición de 119 (DS= 14.8), mientras que en la segunda medición aumentó a 133 (DS=8.8), en la tercera medición se obtuvo una media de 135 (DS=9.4), y un valor  $p=0.0001$ , lo que indica que hubo diferencia estadísticamente significativa entre la medición base y la medición posterior a la intervención, en la tercera medición se obtuvo una media de 135 (DS=9.4), con un valor  $p= 0.018$  con una diferencia estadísticamente significativa, mostrando un cambio en el rendimiento funcional entre la segunda y tercera medición (Tabla 7-12).

Al realizar la discriminación por dimensiones, se identifica que en la dimensión física en la medición inicial se obtuvo una media de 21 (DS=3.2), en el en la segunda medición posterior a la intervención se obtuvo una media de 25.5 (DS=2.5) y en el seguimiento la media fue de 26.1 (DS= 2.2) el valor  $p=0.820$  lo que indicó que no se establecieron diferencias estadísticamente significativas y que en esta dimensión la intervención no tuvo ningún efecto. Al realizar el análisis entre la segunda medición y la tercera se estableció una media de 26.1 (DS=2.2) con un valor  $p=0.06$  lo que determinó que tampoco se obtuvieron cambios en esta dimensión (Tabla 7-12).

La dimensión social es otro componente importante en el cual la persona puede apoyarse para el automanejo de síntomas, en la medición base se obtuvo una media de 21 (DS= 5.1), en la segunda medición posterior a la intervención se obtuvo una media de 22 (DS=3.8) y un valor  $p= 0.04$  con una diferencia estadísticamente significativa, lo que indicó que los participantes mejoraron el soporte social especialmente a lo que se refiere a las amistades. Al realizar la comparación entre la medición 2 y 3 se identificó una media de 22.7 (DS= 3.9) y un valor  $p=0.77$  lo que no se identificó un cambio entre la segunda medición y la tercera pero que se mantiene el soporte alcanzado posterior a la intervención (Tabla 7-12).

La dimensión emocional fue una de las más afectadas en los participantes, en la primera medición se obtuvo una media de 15.8 (DS=3.9), posterior a la intervención se obtuvo una media de 22.3 (DS=2.2) y un valor  $p=0.0001$ , en el cual se identifica una mejoría en los puntajes de esta dimensión. Al realizar el seguimiento entre la segunda y tercera medición, se identificó una media de 22.8 (DS=1.6) con un valor  $p=0.018$  lo cual indica una diferencia estadísticamente significativa hacia la mejoría del aspecto emocional en los participantes (Tabla 7-12).

La dimensión funcional obtuvo una media de 20.7 (DS=3.8) en la medición inicial, posterior a la intervención la segunda medición mostró una media de 24.2 (DS=2.3) con un valor  $p= 0.001$ , se evidencia aumento en los en 4 puntos de la media hacia la mejoría. En la tercera medición hacia la octava semana posterior al término de la intervención se obtiene una media de 24 (DS=1.8) valor  $p=0.111$  que aunque no muestre una diferencia estadísticamente significativa, los valores entre la segunda y tercera medición se mantiene

lo que indica que la intervención se mantiene a través de un corto a mediano plazo (Tabla 7-12).

La dimensión de los síntomas específicos en la medición base se obtuvo una media de 36.6 (DS=6) y en la segunda medición posterior a la intervención la media fue de 38.5 (DS=3.5) valor  $p=0.05$  lo que indica una diferencia estadísticamente significativa hacia la mejoría de los síntomas, asimismo en la tercera medición se obtiene una media de 38.9 (DS= 3.5) valor  $p=0.302$  sin diferencia estadísticamente significativa, sin embargo, se mantienen en comparación con la segunda medición (Tabla 7-12).

**Tabla 7-12** Resultados rendimiento funcional GI

GI	Media	DS	Mín.	Máx.	Rango promedio	Valor p
<b>TOTAL RENDIMIENTO FUNCIONAL</b>						
Medición 1	119	14.8	68	149	81	0.0001*
Medición 2	133	8.8	103	145	42	
Medición 3	135	9.4	92	150	58	0.018*
<b>DIMENSIÓN FÍSICA</b>						
Medición 1	25	3.2	14	28	14	0.820
Medición 2	25.5	2.5	18	28	10	
Medición 3	26.1	2.2	17	28	11	0.06*
<b>DIMENSIÓN SOCIAL</b>						
Medición 1	21	5.1	14	28	28	0.04*
Medición 2	22	3.8	11	28	17	
Medición 3	22.7	3.9	10	28	18	0.774
<b>DIMENSIÓN EMOCIONAL</b>						
Medición 1	15.8	3.9	7	24	17	0.001*
Medición 2	22.3	2.2	13	24	11	
Medición 3	22.8	1.6	17	24	7	0.018*
<b>DIMENSIÓN FUNCIONAL</b>						
Medición 1	20.7	3.8	12	28	16	0.0001*
Medición 2	24.2	2.3	15	28	13	
Medición 3	24.7	1.8	20	28	8	0.111
<b>DIMENSIÓN ESPECÍFICA SÍNTOMAS CP</b>						
Medición 1	36.6	6	18	46	28	0.055*
Medición 2	38.5	3.5	27	44	17	
Medición 3	38.9	3.5	25	43	18	0.302

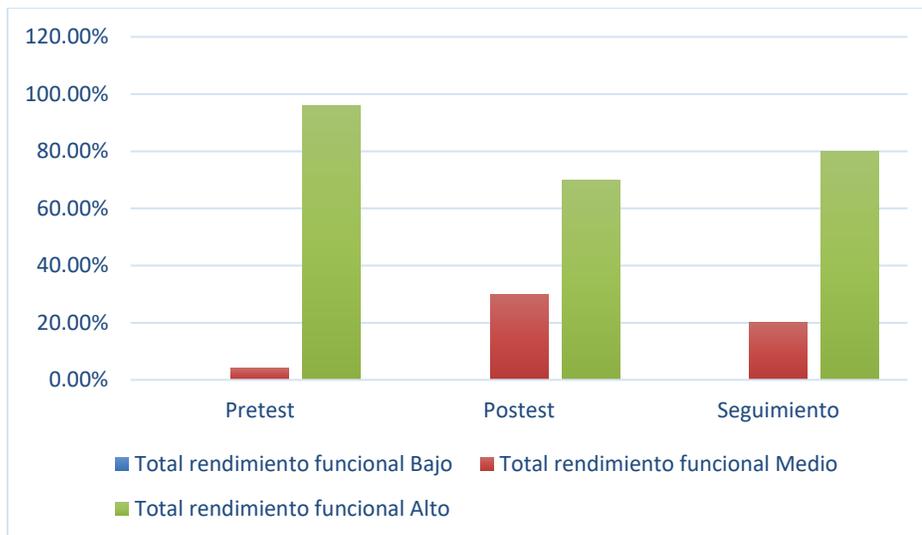
Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023 \*Valor P: prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Significancia estadística  $p < 0.05$ .

### **GRUPO CONTROL**

El rendimiento funcional global en el GC se encontraba en un nivel alto en la primera medición con un 96% de participantes en este nivel, en la segunda medición se evidenció un descenso al 70% de los participantes que se encontraban en este nivel y un 30% en

nivel medio, en la tercera medición se conservó un 80% en un nivel alto y un 20% en un nivel medio (Figura 7-31).

**Figura 7-31** Análisis de resultados Total Rendimiento Funcional en el GC



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

Al analizar el rendimiento funcional por dimensiones, se determinó que, en la primera medición, el 100% de los participantes se encontraban en un nivel alto, en la segunda medición disminuyó el porcentaje de participantes a 82% en nivel alto y 18% en nivel medio, en la tercera medición el 95% de los participantes recuperaron el nivel alto en la dimensión física (Figura 7-32).

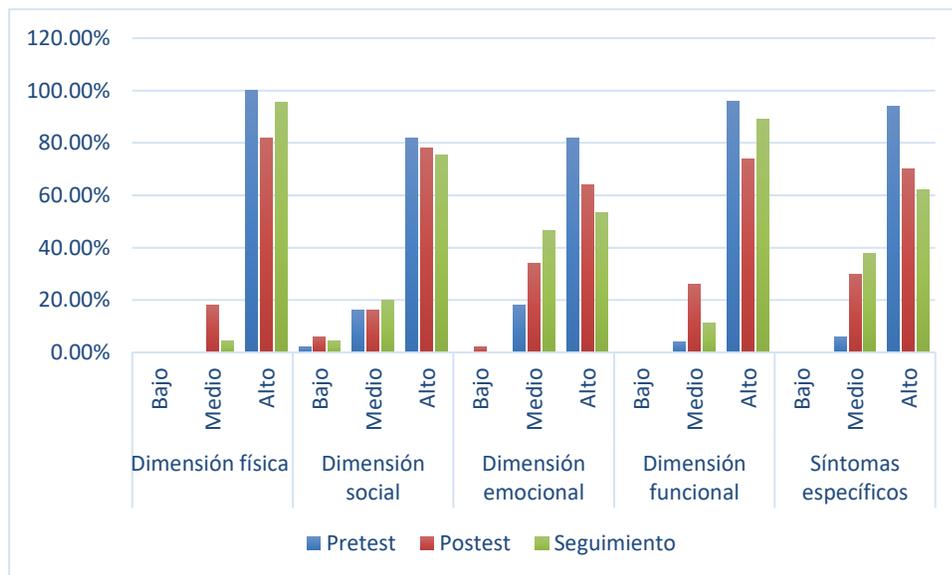
La dimensión social en la primera medición se determinó que el 82% de los participantes estaban en un nivel alto, en la segunda medición este nivel descendió a 78% y aumentó el medio y el bajo a un 22% en la tercera medición se evidenció que el nivel alto continuó disminuyendo a un 75%, indicando que el aspecto social de los participantes tendió al deterioro durante el trascurso del tratamiento (Figura 7-32).

La dimensión emocional fue una de las deterioradas en el rendimiento funcional y tuvo un descenso progresivo a través de las mediciones. En la primera medición el 82% de los participantes se encontraban en un nivel alto, en la segunda medición se evidenció un descenso al 64% y finalmente en la tercera medición se obtuvo un 53% de estos participantes en un nivel alto (Figura 7-32).

La dimensión funcional también se vio afectada. En la primera medición el 96% de los participantes presentaban un nivel alto de funcionalidad, en la segunda medición disminuyó a un 74% y en la tercera se recuperó a un 88% (Figura 7-32).

Finalmente, en los síntomas específicos, también se evidenció un descenso progresivo en la funcionalidad secundario a la presencia de estos síntomas específicos. En la primera medición, el 94% de los participantes presentaban un nivel alto, es decir que los síntomas no alteraban su rendimiento funcional. En la segunda medición sólo el 70% estaban en un nivel alto y en la tercera medición descendió a 62%. Lo anterior nos muestra que el rendimiento funcional se vio deteriorado a través de las tres mediciones a pesar de haber recibido una intervención convencional (Figura 7-32).

**Figura 7-32** Análisis de resultados Dimensiones Rendimiento Funcional



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

Al analizar las dimensiones por ítems alterados, se identifican aspectos que afectaron más a los participantes. En la dimensión física, la falta de energía, el dolor, los efectos secundarios del tratamiento y la necesidad de estar acostado fueron los ítems que más afectaron a los participantes (Figura 7-33).

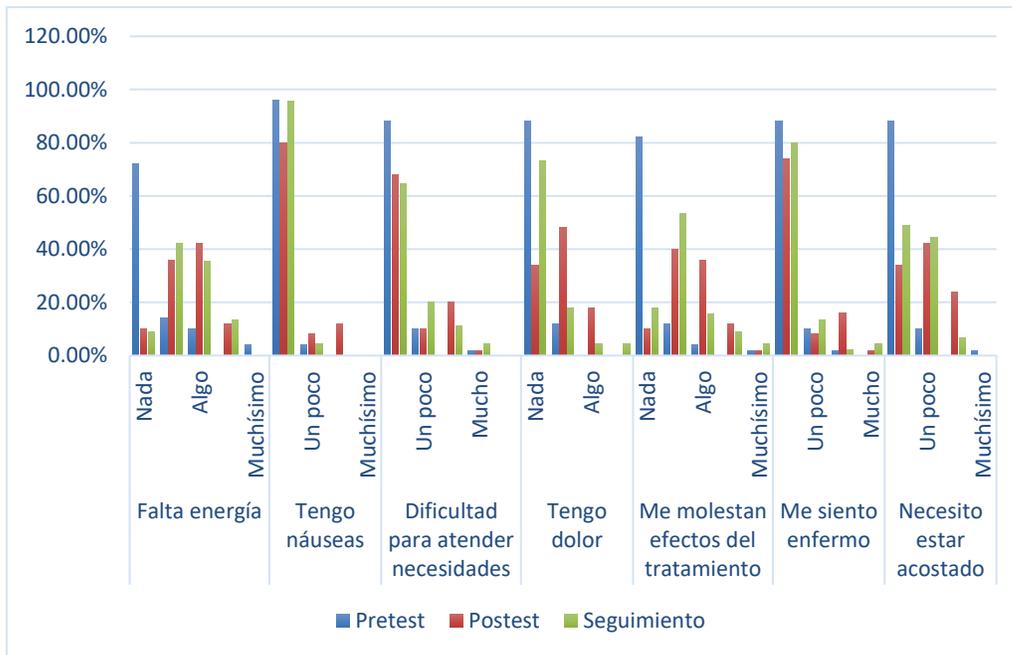
La falta de energía fue aumentando a través de las tres mediciones. En la primera medición el 72% percibía que no le faltaban energías, en la segunda medición el 90% de los participantes sentía entre un poco y mucho la falta de energía. El dolor fue otro de los

síntomas que fueron experimentando a través de las tres mediciones. En la primera el 88% no sentía nada de dolor, en la segunda ya el 66% percibía entre un poco y algo de dolor y en la tercera el 26% aún persistía con dolor (Figura 7-33).

Los efectos secundarios del tratamiento también afectaron a los participantes. En la primera medición el 82% de los participantes no sintieron estos efectos, en la segunda medición el 90% de los participantes sentían entre un poco y mucha molestia secundaria al tratamiento, en la tercera medición el 82% aún persistía con algún tipo de molestia (Figura 7-33).

La necesidad de estar acostado fue otro de los aspectos que más estuvo alterado en la dimensión física en el GC. En la primera medición el 88% no presentaba la necesidad de estar acostado, en la segunda el 66% ya experimentaba la necesidad entre un poco y algo y en la tercera, el 51% aún persistía con la necesidad de estar acostado en alguna parte del día (Figura 7-33).

**Figura 7-33** Análisis de resultados Dimensión Física



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

En la dimensión social se identificó que el apoyo familiar fue mejor que el percibido por parte de las amistades. Al preguntar si se sentía cercano a las amistades en la primera

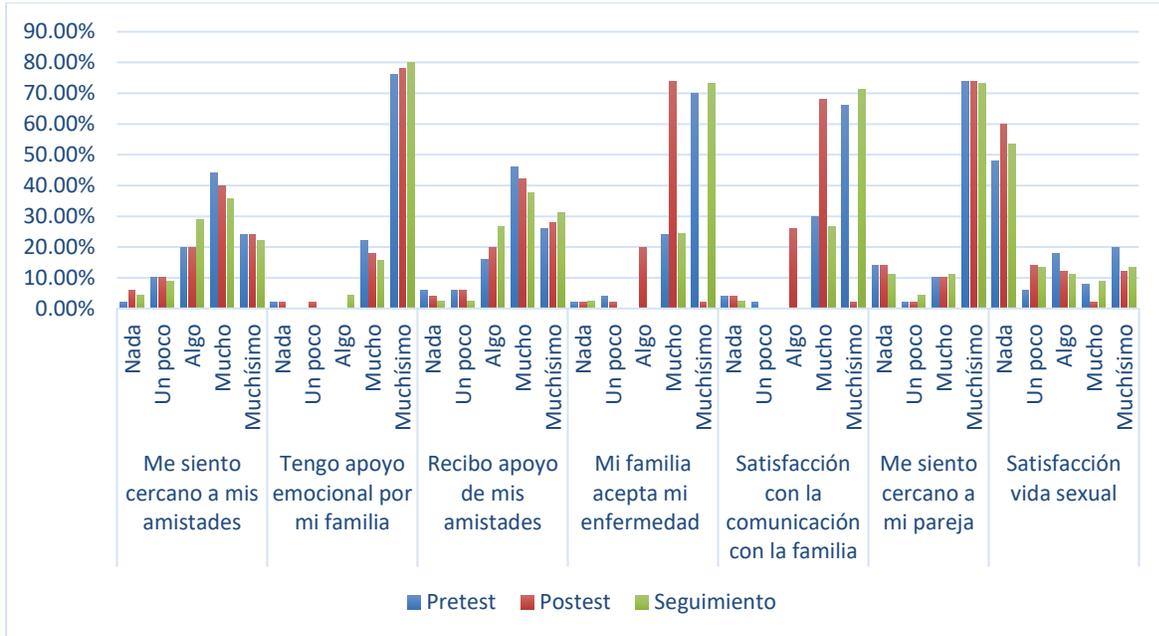
medición el 68% percibía un buen apoyo, en la segunda medición se mantiene en 64% y en la tercera desciende a un 57% que percibió buen apoyo por parte de sus amistades (figura 7-34).

En cuanto al recibir apoyo de las amistades, en la primera medición, el 72% percibía que recibían un adecuado apoyo, en la segunda se mantiene la percepción con el 70% y en la tercera medición desciende a un 68% la percepción de un adecuado apoyo por parte de las amistades (figura 7-34).

Por el contrario, con la familia la percepción de apoyo emocional fue mayor que con las amistades. En la primera medición el 98% de los participantes percibían entre mucho y muchísimo apoyo, en la segunda medición se mantiene en el 96% y en la tercera continúa con el 95% (figura 7-34).

Sin embargo, la satisfacción de comunicación con la familia en la primera medición fue de 96%, en la segunda disminuyó al 70% y en la tercer aumentó a un 98%, asimismo, la percepción si la familia aceptaba o no la enfermedad de los participantes, en la primera medición el 94% percibía que sí había una aceptación, en la segunda baja a un 76% y en la tercera aumenta a un 97% (figura 7-34).

En lo relacionado con la pareja, los participantes se sintieron cercanos a su pareja en el transcurso de las tres mediciones, en cuanto a la satisfacción sexual, en la primera medición el 48% no se sentían satisfechos, en la segunda medición aumentó al 60% y en la tercera se mantuvo en 66% de insatisfacción en la parte sexual (figura 7-34).

**Figura 7-34** Análisis de resultados Dimensión Social en el GC

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

En la dimensión emocional, se identificaron varios factores que alteraron a los participantes: sentirse nervioso, sentirse triste, satisfacción de cómo está enfrentando la enfermedad, preocupación a morir o que la enfermedad empeore. En la primera medición el 32% se sentía un poco y algo triste, en la segunda medición, el 60% sentía algo o muchísima tristeza, en el seguimiento la tristeza aumentó al 72% de los participantes. Asimismo, el 50% de los participantes sentía entre un poco y muchísimos nervios frente a la enfermedad y el tratamiento, en la segunda medición el 86% sentía algún grado de nervios y en la tercera medición aumentó a 96% de los participantes (figura 7-35).

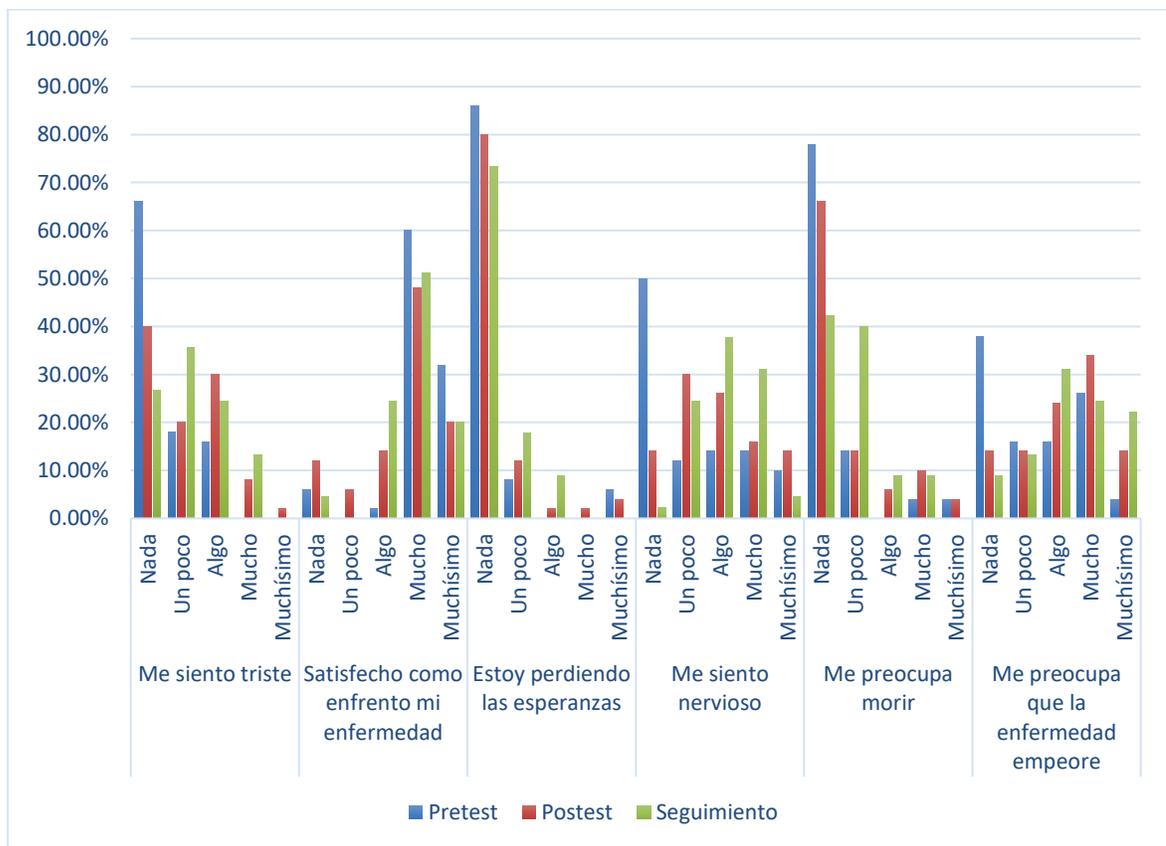
Sin embargo, a pesar de que la tristeza y los nervios estuvieron presentes en todo el proceso, los participantes no perdieron las esperanzas durante las semanas que estuvieron en tratamiento, en la primera medición el 86% no habían perdido las esperanzas, en la segunda medición el 80% continuaba con esperanzas y en la tercera medición disminuyó a un 73% (figura 7-35).

La preocupación de que la enfermedad empeorara fue uno de los aspectos que más afectó a los participantes en la dimensión emocional. En la primera medición se identificó que el 62% tenía un algún grado de preocupación, en la segunda medición el 86% tenía algún

nivel de preocupación, en la tercera medición aumentó al 90% de participantes con la preocupación de que la enfermedad empeorara (figura 7-35).

La satisfacción de cómo enfrentan la enfermedad en la primera medición estuvo en 92% de satisfacción, en la segunda medición descendió al 68% y en la tercera medición aumentó a un 71%. Finalmente, el 78% de los participantes no estaban preocupados de morir, en la segunda medición disminuyó a un 66% que no presentaban ninguna preocupación y en la tercera medición sólo el 42% no tenían preocupación de morir (figura 7-35).

**Figura 7-35** Análisis de resultados Dimensión Emocional en el GC



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

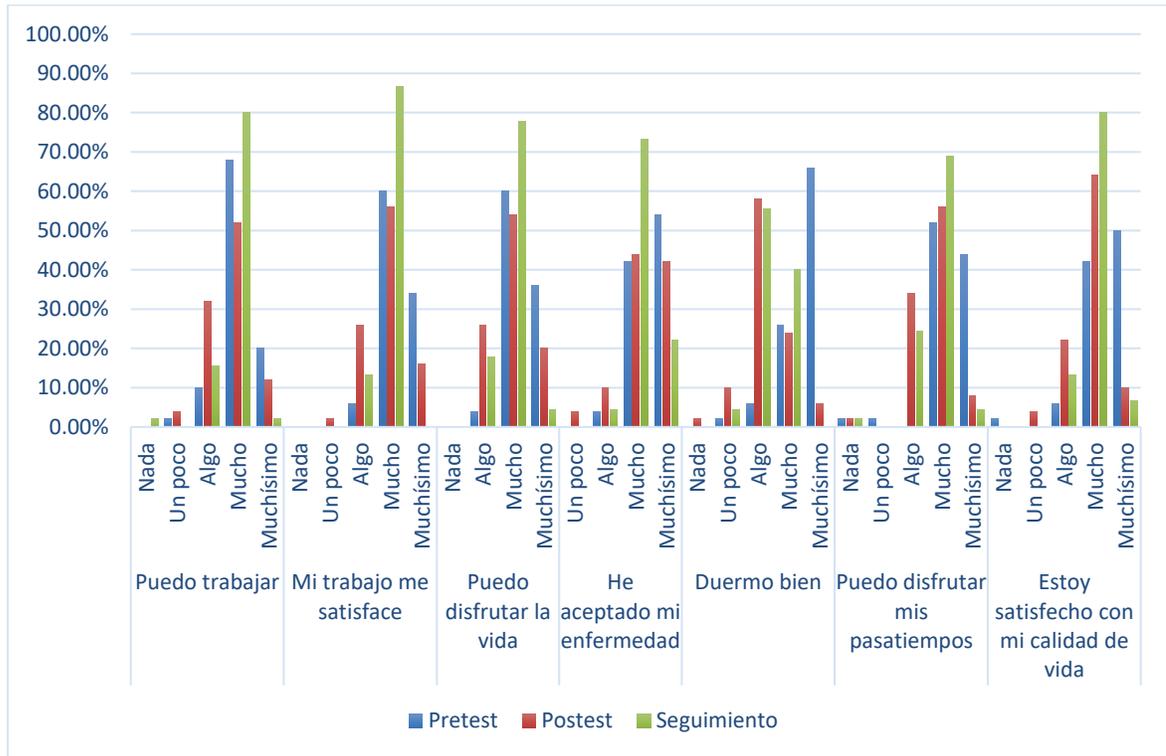
Los ítems relacionados con poder trabajar, satisfacción en el trabajo, percepción de poder disfrutar la vida, dormir bien, disfrutar los pasatiempos y estar satisfecho con la calidad de vida fueron aspectos medidos en la dimensión funcional. El aspecto más alterado fue el de dormir bien, en la primera medición el 92% dormían adecuadamente, en la segunda

medición sólo el 30% de los participantes podía dormir bien y en la tercera medición el 40% podía dormir bien durante las noches. El poder trabajar fue otro aspecto alterado, en la primera medición el 88% de los participantes podían trabajar incluyendo actividades del hogar, en la segunda medición disminuyó al 64% esta percepción y en la tercera medición sólo el 40% podía trabajar. Así mismo, en la primera medición al 94% les satisfacía el trabajo que realizaban, en la segunda medición disminuyó esa satisfacción a un 72% y en la tercera medición aumentó a un 86% esta satisfacción (figura 7-36).

La percepción de poder disfrutar la vida también estuvo alterada en los participantes. En la primera medición el 96% podía disfrutar la vida, en la segunda medición el 74% lo hacía y en la tercera medición el 81%. En cuanto a disfrutar los pasatiempos, en la primera medición el 96% lo hacía, en la segunda medición descendió al 64% y en la tercera medición aumentó a un 73% (figura 7-36).

En cuanto a la satisfacción de la calidad de vida en la primera medición el 92% tenían mucha satisfacción, en la segunda medición bajó al 74% y en la tercera medición aumentó al 86%. Asimismo, en la primera medición el 96% de los participantes habían aceptado su enfermedad, en la segunda medición disminuyó a 86% y en la tercera aumentó a 95% de aceptación (figura 7-36).

**Figura 7-36** Análisis de resultados Dimensión Funcional en el GC

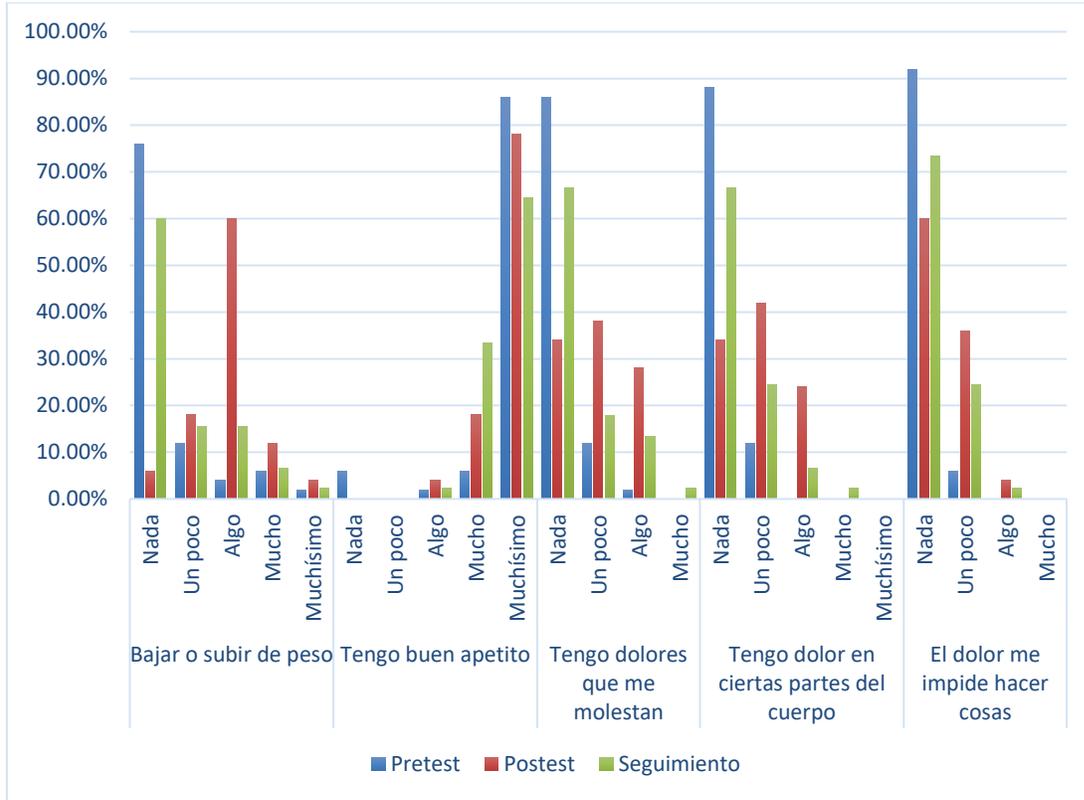


Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

La dimensión de los síntomas específicos del CP estuvo alterada por dolores que le molestaban, dificultad para orinar, orinar más de lo usual y la capacidad de mantener una erección. El aumentar o bajar de peso estuvo en la primera medición no representaba un problema para el 76% de los participantes, en la segunda medición el 92% presentó alguna variación en el peso, en la tercera medición sólo el 38% continuaba con alguna variación en el peso (figura 7-37).

En la primera medición el apetito era bueno en 92% de los participantes, en la segunda medición el 96% tenían mucho apetito, en la tercera medición el 97% continuaba con buen apetito. Otro síntoma que generó molestia en los participantes fue el dolor, en la primera medición el 86% no presentaba ninguna molestia, en la segunda medición el 66% presentaba la molestia y en la tercera medición sólo el 32% presentaba el síntoma. Sin embargo, en la primera medición al 92% el dolor no le impedía realizar cosas, en la segunda medición al 60% y en la tercera al 73%. El dolor no era localizado en una parte sino en diferentes partes del cuerpo, en la primera medición el 88% presentaba el síntoma, en la segunda medición el 66% y en la tercer el 32% (figura 7-37).

**Figura 7-37** Análisis de resultados Dimensión Síntomas específicos.



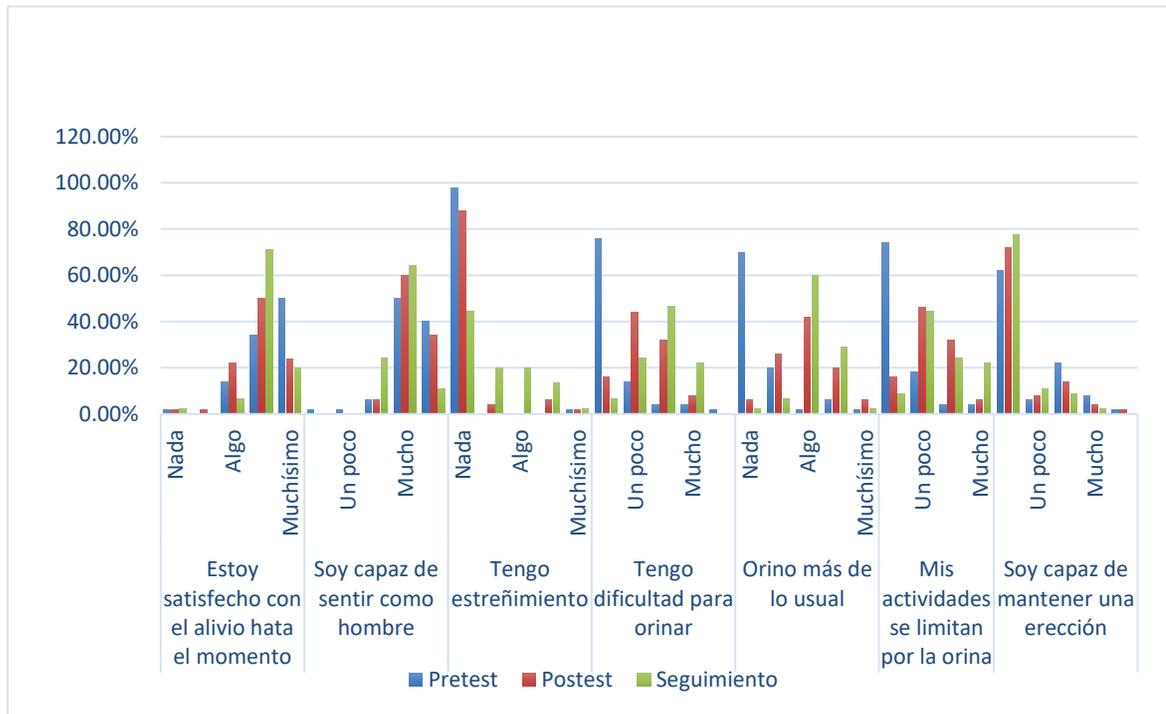
Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

Continuando con los síntomas específicos tenidos en cuenta en la escala de rendimiento funcional, los más alterados son los relacionados con la orina, en la primera medición el 70% de los participantes no presentaba el síntoma, en la segunda medición el 94% presentaba la molestia en algún nivel, en la tercera medición el 98% continuaba con algún tipo de molestia. Así mismo las actividades eran limitadas por la frecuencia de la orina, en la primera medición se identificó que el 74% de los participantes no presentaba la molestia, en la segunda medición el 84% presentaba la molestia en algún grado y en la tercera medición el 90% persistía con la molestia a pesar de haber terminado el tratamiento (figura 7-38).

Se identificaron ítems que tuvieron una recuperación paulatina a través de las mediciones. Entre ellos se encuentra el estar satisfecho con el alivio que presentaba en ese momento y soy capaz de sentir como hombre. En la primera medición el 84% estaba muy satisfecho con el alivio que presentaba en esos momentos, en la segunda medición disminuyó a un

74% y en la tercer el 91% continuaba satisfechos con el alivio. En cuanto a la capacidad de sentir como hombre, en la primera medición el 90% sentía esa capacidad, en la segunda medición aumentó al 94% y en la tercera descendió a un 88% (figura 7-38).

**Figura 7-38** Análisis de resultados Dimensión Síntomas específicos.



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral.

**Análisis de comparación intragrupo**

Para realizar el análisis de comparación intragrupo en el rendimiento funcional total del GC, se evaluó promedio, desviación estándar, mínimo y máximo y rango promedio. Se realizaron pruebas de normalidad y homocedasticidad aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro- Wilk con valores de normalidad: 0.2 en el pretest y 0.488 por lo tanto, se aplica la prueba de muestras pareadas. En la primera medición la media fue 131 (DS= 11.6), la segunda medición fue de 111 (DS= 15) con un valor P= 0.0001 lo que indica una diferencia estadísticamente significativa hacia el deterioro del rendimiento funcional en el GC en estas dos mediciones. Asimismo, al realizar la comparación de la segunda medición y la tercera que se realizó 8 semanas después de terminado el tratamiento se identificó una media de 113 (DS=10) y un valor P= 0.074 lo que no muestra una diferencia

estadísticamente significativa por lo tanto no hubo cambios entre la segunda y la tercera medición (tabla 7-13).

Al revisar la comparación intragrupo entre dimensiones del rendimiento funcional se realizaron pruebas de normalidad y homocedasticidad aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk con valores que no mostraban normalidad, por lo tanto, se aplicó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon.

En la dimensión física se obtuvo una media de 26 (DS= 2.2) en la primera medición, en la segunda la media descendió a 21 (DS=3.7) y un valor  $P= 0.0001$  con una diferencia estadísticamente significativa entre las dos mediciones. La tercera medición obtuvo una media de 23 (DS=2.8) y valor  $P=0.02$  con una diferencia estadísticamente significativa lo que indica que hubo una mejoría en el rendimiento funcional entre la segunda y tercera medición (tabla 7-13).

En la dimensión social se determinó una media de 21 (DS=5) en la primera medición, en la segunda la media se mantuvo en 21 (DS=5.2) y un valor  $P=0.358$  lo que no muestra una diferencia estadísticamente significativa, por lo tanto, la dimensión social no presenta ningún cambio positivo o negativo. Asimismo, en la tercera medición la media se mantuvo en 21.3 (DS= 4.6) y un valor  $P= 0.65$  sin cambios entre la medición 2 y la 3 (tabla 7-13).

La dimensión emocional si presentó un cambio significativo en las tres mediciones. En la primera medición se obtuvo una media de 19 (DS=3.5), en la segunda medición la media disminuyó a 16.3 (DS=4) y un valor  $P= 0.0001$  con una diferencia estadísticamente significativa por lo tanto se evidenció un deterioro importante entre las dos mediciones. En la tercera medición se identificó una media en 19.7 (DS= 1.9) y un valor  $P$  de 0.338 lo que indica que no hubo cambios significativos entre la segunda y tercera medición (tabla 7-13).

En la dimensión funcional, en la primera medición, se obtuvo una media de 23 (DS= 4.5), en la segunda medición la media disminuye a 19 (DS=3.4) un valor  $P= 0.0001$ , lo que indica una diferencia estadísticamente significativa y determina un deterioro de la dimensión funcional en los participantes. En la tercera medición la media se mantiene en 19.7 (DS= 3.4) y un valor  $P=0.78$ , por lo tanto, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las dos mediciones (tabla 7-13).

Finalmente, en la dimensión de síntomas específicos de CP, en la primera medición se obtuvo una media de 40 (DS= 4.5), la segunda medición la media estaba en 33 (DS=4.1), valor  $P=0.0001$  indicando diferencias estadísticamente significativas y evidenciando un deterioro del rendimiento funcional secundario a los síntomas relacionados con el tratamiento y la enfermedad. En la tercera medición, la media es de 33.1 (DS=4) y un valor  $P= 0.303$  sin diferencias estadísticamente significativas entre la medición dos y tres, indicando que los síntomas alteran el rendimiento funcional a las 8 semanas terminada la intervención convencional en el GC (tabla 7-13).

**Tabla 7-13** Resultados rendimiento funcional GC

GC	Media	DS	Mín.	Máx.	Rango promedio	Valor p
<b>TOTAL RENDIMIENTO FUNCIONAL</b>						
Medición 1	131	11.6	98	155	57	0.001*
Medición 2	111	15	83	146	63	
Medición 3	113	10	94	138	44	0.074
<b>DIMENSIÓN FÍSICA</b>						
Medición 1	26	2.2	21	28	7	0.0001*
Medición 2	21	3.7	13	28	15	
Medición 3	23	2.8	15	28	13	0.02*
<b>DIMENSIÓN SOCIAL</b>						
Medición 1	21	5	6	28	22	0.358
Medición 2	21	5.2	4	28	28	
Medición 3	21.3	4.6	7	28	25	0.65
<b>DIMENSIÓN EMOCIONAL</b>						
Medición 1	19	3.5	12	24	6	0.0001*
Medición 2	16.3	4	6	24	5	
Medición 3	16	3.3	9	22	13	0.338
<b>DIMENSIÓN FUNCIONAL</b>						
Medición 1	23	2.7	14	28	14	0.0001*
Medición 2	19	3.4	12	27	15	
Medición 3	19.7	1.9	15	24	9	0.780
<b>DIMENSIÓN ESPECÍFICA SÍNTOMAS CP</b>						
Medición 1	40	4.5	27	47	20	0.0001*
Medición 2	33	4.1	26	44	18	
Medición 3	33.1	4	26	42	16	0.303

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023 \*Valor P: prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Significancia estadística  $p < 0.05$ .

## 7.4 Comparación entre el GI y GC

Para dar respuesta al tercer objetivo de la investigación para determinar la efectividad de la Intervención Prostatica e identificar las diferencias entre los GI y GC a través de las tres mediciones se utilizó la prueba de Wilcoxon para muestras pareadas

### **AUTOEFICACIA**

En la primera medición, el GI obtuvo una media de 36 (DS=1.9), el GC 36 (DS=1.7) y un valor P= 0.316 lo que muestra que no presenta una diferencia estadísticamente significativa por lo tanto se determina la homogeneidad de los grupos en la primera medición. Asimismo, en la segunda medición posterior a la aplicación de la Intervención Prostatica y la Intervención Convencional se identificó una diferencia entre los dos grupos con un valor P= 0.0001 en la medición 2 y 3 (tabla 7-14)

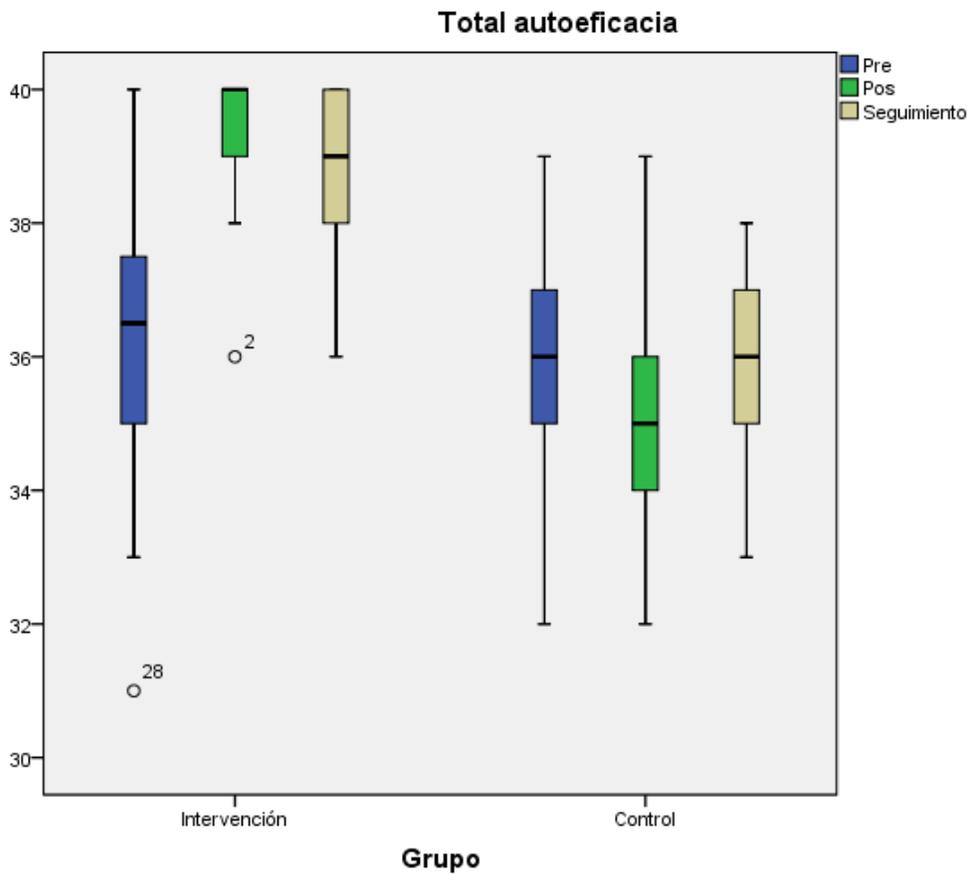
**Tabla 7-14** Comparación entre grupos GI y GC en la autoeficacia en las tres mediciones

Variable	Grupos	Media	Valor P	
AUTOEFICACIA	<b>PRIMERA MEDICIÓN</b>			0.316
	INTERVENCIÓN	36 (DS=1.9)		
	CONTROL	36 (DS=1.7)		
	<b>SEGUNDA MEDICIÓN</b>			0.0001*
	INTERVENCIÓN	39(DS=0.5)		
	CONTROL	35(DS=1.7)		
	<b>TERCERA MEDICIÓN</b>			0.0001*
	INTERVENCIÓN	38 (DS=1.1)		
	CONTROL	36 (DS=1.2)		

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023 \*Valor P: prueba U de Mann-Whitney. Significancia estadística  $p < 0.05$ .

En la figura 7-39 se puede identificar que en el GI la autoeficacia aumentó significativamente posterior a la aplicación de la Intervención Prostatica y se mantuvo en la tercera medición, si bien disminuye un poco, se mantiene en un nivel alto. En el GC posterior a la Intervención convencional, la autoeficacia disminuyó significativamente y aunque en la tercera medición aumenta el nivel de autoeficacia, no alcanza los niveles obtenidos en el GI, por lo tanto, la Intervención Prostatica aumenta los niveles de autoeficacia en los hombres en tratamiento con CP.

**Figura 7-39** Diagrama de cajas comparación de autoeficacia en las tres mediciones



U de Mann-Whitney: 1 medición: (p: 0.316) 2 medición (p:0.0001) 3 medición (P: 0.0001)  
 Wilcoxon: Intervención (P=0.04) Control: (P=0.03)

**AUTOMANEJO DE SÍNTOMAS**

Al comparar los grupos en el automanejo de los síntomas, se identificó que en la primera medición el total de automanejo de síntomas en el GI fue de 76 (DS=9.4) y en el GC fue de 82 (DS=10) con un valor P=0.001 la cual reporta una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos probablemente relacionado con el tipo de tratamiento recibido. En el GI el 86% estaba recibiendo radioterapia y bloqueo hormonal mientras que en el GC solo el 66% recibía el mismo tratamiento. Sin embargo, en la segunda medición en el GI se observó una media de 75 (DS=14.7) y en GC de 67 (DS=10) con un valor P=0.0001 lo que indica que hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. Finalmente, en la tercera medición, en el GI la media se mantiene en 78

(DS=3.1) y en el GC la media es de 71 (DS= 9) y un valor P= 0.0001 indicando diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (tabla 7-16).

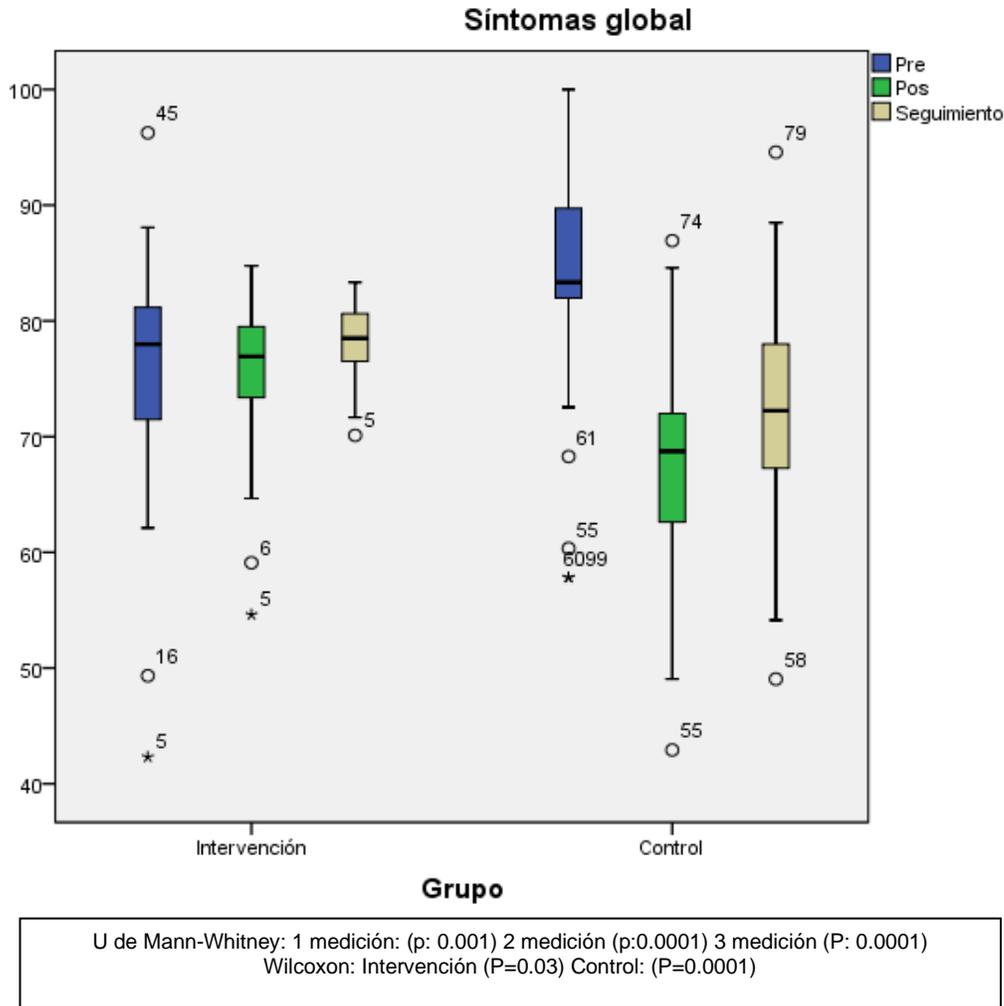
**Tabla 7-15** Comparación GI y GC en el Automanejo de Síntomas Global en las tres mediciones.

Variable	Grupos	Media	Valor P	
<b>AUTOMANEJO DE SÍNTOMAS GLOBAL</b>	<b>PRIMERA MEDICIÓN</b>			0.001*
	INTERVENCIÓN	75.8 (DS=9.4)		
	CONTROL	82 (DS=10)		
	<b>SEGUNDA MEDICIÓN</b>			0.0001*
	INTERVENCIÓN	75.3 (DS=14.7)		
	CONTROL	67 (DS=10)		
	<b>TERCERA MEDICIÓN</b>			0.0001*
	INTERVENCIÓN	78.1 (DS=3.1)		
	CONTROL	71 (DS=9)		

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023 \*Valor P: prueba U de Mann-Whitney. Significancia estadística  $p < 0.05$ .

En la figura 7-40 se identifica que en el GI el automanejo de los síntomas se mantiene durante las tres mediciones, con un leve aumento en la tercera medición, mientras que en el GC aunque el global de automanejo de síntomas fue mayor en los participantes, se evidencia un descenso importante en la segunda medición y se mantiene en la tercera con un leve aumento. Lo anterior indica que los participantes que recibieron la Intervención Prostatica mantienen el automanejo de los síntomas durante el tratamiento y 8 semanas después de la intervención, mientras que los participantes que recibieron la intervención convencional tuvieron un menor automanejo de síntomas durante el tratamiento y 8 semanas posterior a la intervención.

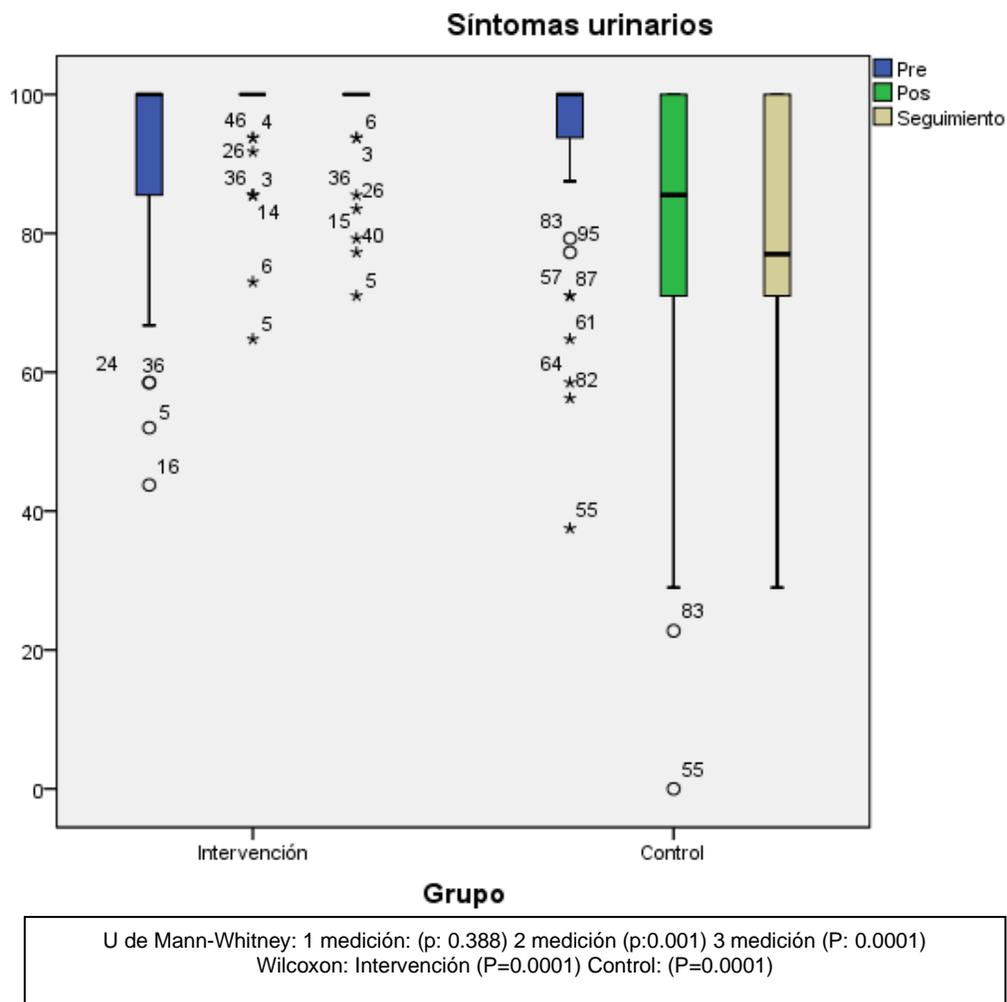
**Figura 7-40** Diagrama de cajas comparación de automanejo de síntomas global en las tres mediciones



En la dimensión de síntomas urinarios al realizar la comparación entre el GI y GC se identificó que en la primera medición en el GI la media estaba en 90 (DS=14.7) y en el GC la media era de 92 (DS=14) con un valor P= 0.388 lo que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. En la segunda medición, se identificó en el GI una media de 97.4 (DS=7) y en el GC una media de 78 (DS=23) con un valor P=0.001 lo que indicó una diferencia estadísticamente significativa entre grupos. Finalmente, en la tercera medición en el GI la media estuvo en 97 (DS=3.1) y el GC (DS=19) y un valor P=0.0001 también con diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos (Tabla 7-16).

En el diagrama de cajas (figura 7-41) se puede identificar que los síntomas urinarios en la primera medición no eran un problema para los participantes del GI y GC, en la segunda medición los participantes del GI mantuvieron los síntomas controlados, mientras que los participantes del GC, presentaron deterioro de en estos síntomas generando algún tipo de problema, en la tercera medición en le GI se mantuvieron los síntomas controlados mientras que en el GC los síntomas urinarios tendieron a deteriorarse un poco más.

**Figura 7-41** Diagrama de cajas comparación de síntomas urinarios entre GI y GC de en las tres mediciones

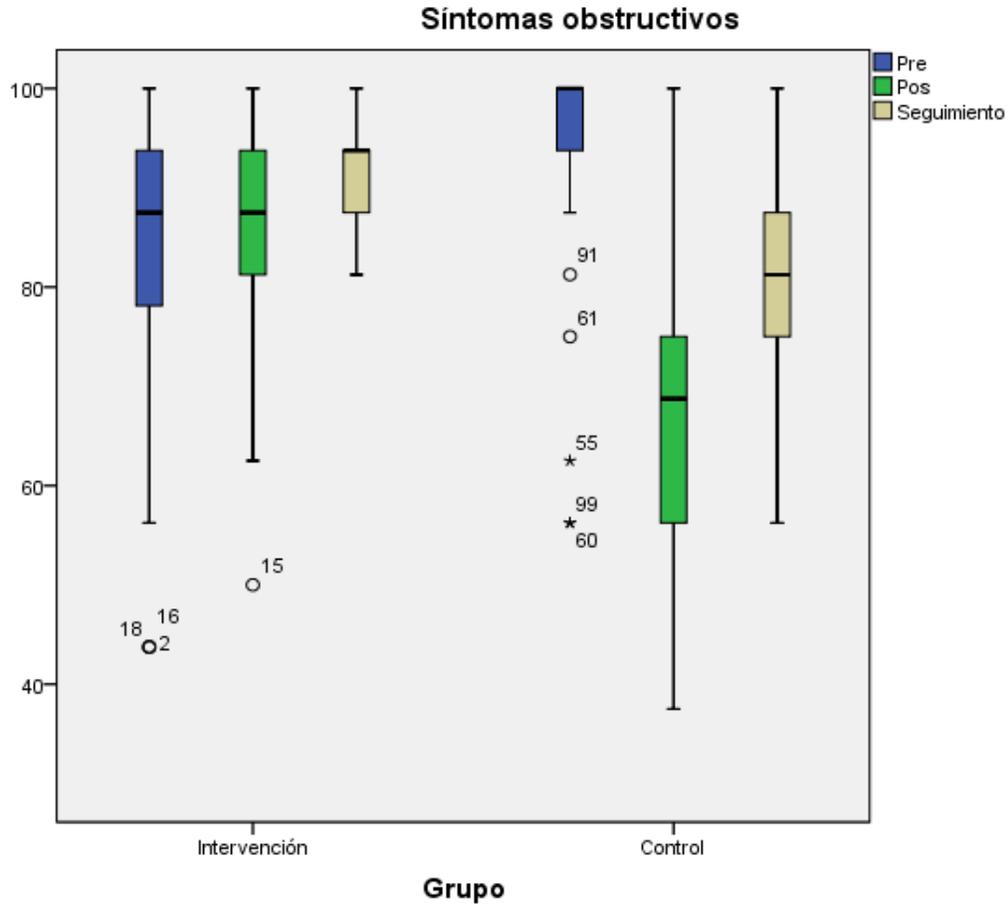


La comparación de los síntomas obstructivos parte con una media de 82.7 (DS=11) en el GI, y una media de 93 (DS=13) en el GC, en una primera medición con un valor P=0.0001 lo que indicó diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos teniendo en

cuenta el tipo de tratamiento. En la segunda medición, en el GI la media fue de 84 (DS=9.4) y en el GC fue de 69 (DS=15) con un valor  $P=0.0001$  con diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. En la tercera medición, el GI obtuvo una media de 91 (DS=5.5), el GC obtuvo una media de 81 (DS=10) un valor  $P= 0.0001$  con diferencias estadísticamente significativa entre los dos grupos (Tabla 7-16).

En la figura 7-42, se observa que los síntomas obstructivos en el GI generaban más problemas o eran más frecuentes que en los participantes del GC, en la segunda medición en el GI los síntomas obstructivos continúan con la misma intensidad y frecuencia que en la primera medición, sin embargo, en el GC los síntomas obstructivos son un problema para los participantes en lo relacionado con intensidad y frecuencia, así mismo en la tercera medición en el GI los síntomas tienden a disminuir en intensidad y frecuencia, mejorando la percepción de los participantes, mientras que en el GC aunque los síntomas mejoran en intensidad y frecuencia siguen ocasionando mayores problemas a los participantes del GC que a los del GI. Lo que determina que la Intervención Prostatica no mejora los síntomas obstructivos debido a que el tratamiento (radioterapia) genera inflamación en la mucosa del tracto uretral y vejiga, aspectos fisiológicos en los que la Intervención Prostatica no tiene efecto directo, sin embargo, brinda herramientas para el automanejo de los síntomas y que no empeoren en intensidad, frecuencia y calidad.

**Figura 7-42** Diagrama de cajas comparación de síntomas obstructivos entre GI y GC de en las tres mediciones.



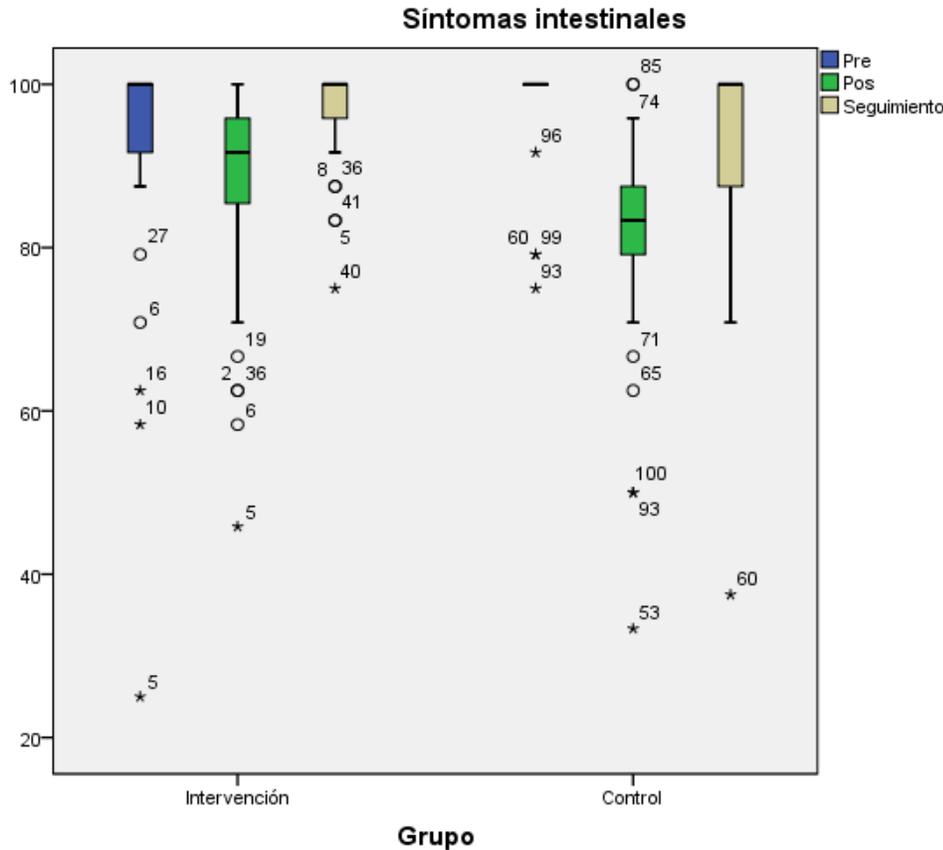
U de Mann-Whitney: 1 medición: (p: 0.0001) 2 medición (p:0.0001) 3 medición (P: 0.0001)  
 Wilcoxon: Intervención (P=0.0001) Control: (P=0.0001)

Al realizar la comparación entre el GI y el GC en los síntomas intestinales, se identificó que en la primera medición en GI obtuvo una media de 92 (DS=14.1), y el GC una media de 97 (DS=6) un valor P=0.06 lo que indica que no se hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en la primera medición. En la segunda medición, el GI tuvo una media de 87 (DS=12) y el GC obtuvo una media de 80 (DS=13) con un valor P=0.0001 lo que indica diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. Finalmente, en la tercera medición en GI obtuvo una media en 96 (DS=5.6) y el GC obtuvo una media de

91 (DS=12) con un valor  $P=0.30$  sin diferencia estadísticamente significativa en los dos grupos (Tabla 7-16).

En la figura 7-43 se identifica que en los dos grupos en la primera medición los participantes no presentan problemas con síntomas intestinales, en la segunda medición, en el GI se observó un aumento en la intensidad, frecuencia y presencia de síntomas intestinales, mientras que en el GC los síntomas fueron más severos y frecuentes generando mayor problema a los participantes, en la tercera medición los síntomas intestinales mejoran en intensidad y frecuencia, sin embargo, en el GC los participantes refirieron mayor intensidad de estos. Lo que sugiere, que si bien la Intervención Proactive generó herramientas de automanejo referente a la dieta, alimentos a consumir, identificación de los síntomas y determinación de severidad, frecuencia e intensidad de estos, con el fin de comunicarlos al equipo de salud y realizarse un seguimiento a la sintomatología y efectos adversos del tratamiento.

**Figura 7-43** Diagrama de cajas comparación de síntomas intestinales entre GI y GC de en las tres mediciones.

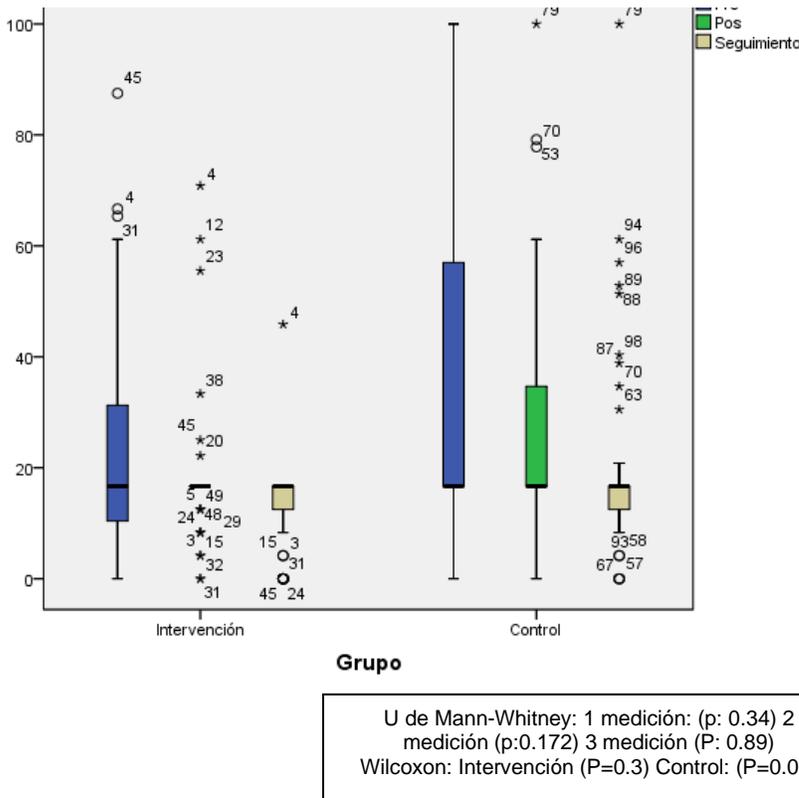


U de Mann-Whitney: 1 medición: (p: 0.06) 2 medición (p:0.0001) 3 medición (P: 0.0001)  
 Wilcoxon: Intervención (P=0.02) Control: (P=0.0001)

Los síntomas sexuales en el GI estuvieron en una media de 23 (DS=19.4) y en el GC en 34 (DS=26) el valor P=0.34 lo que mostró que no hubo cambios estadísticamente significativos entre los grupos, indicando que los participantes de los dos grupos presentaban síntomas sexuales severos. En la segunda medición en el GI la media estuvo en 17 (DS=12.7) y en el GC fue de 25 (DS=21) el valor P=0.17 sin diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. En la tercera medición, el GI obtuvo una media de 13.6 (DS=8) el GC tuvo una media de 21 (DS=18) valor P=0.89 sin diferencia estadísticamente significativa (Tabla 7-16).

En el diagrama de cajas figura 7-44, se identifica una variabilidad importante en los puntajes de la dimensión, si bien las pruebas estadísticas determinaron que no hubo cambios estadísticamente significativos en las tres mediciones, esto se debe a que el deterioro de los síntomas intestinales está directamente relacionado con el efecto secundario del tratamiento hormonal, es decir que tanto la Intervención Prostatica como la Convencional no influyen en el automanejo de los síntomas sexuales.

**Figura 7-44** Diagrama de cajas comparación de síntomas sexuales entre GI y GC de en las tres mediciones.

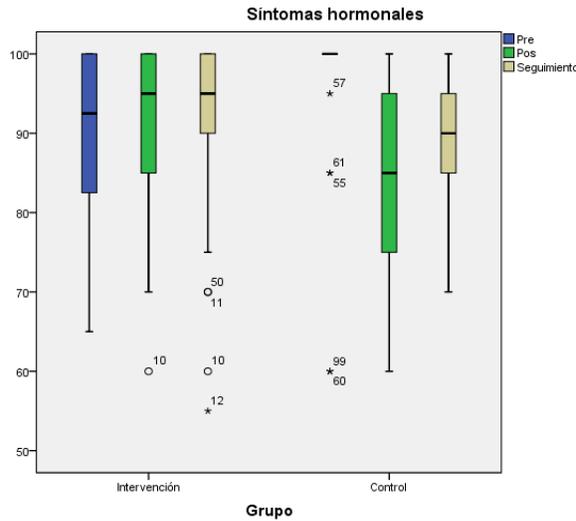


Los síntomas hormonales en el GI obtuvieron una media de 89.2 (DS=11) y el GC la media fue de 96 (DS=10) con un valor  $p=0.001$  con diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. En la segunda medición, en el GI la media estuvo en 90 (DS=10), en el GC se obtuvo una media de 83 (DS=83) y un valor  $P= 0.005$  con diferencia estadísticamente representativa entre los dos grupos, finalmente, en la tercera medición la media de GI fue de 91 (DS=10) y en el GC estuvo en 88 (DS= 8) con un valor  $P= 0.45$  lo que indica que no hubo diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos (tabla 7-16).

En la figura 7-45, se evidencia que teniendo en cuenta que en el GI el porcentaje de participantes con terapia hormonal era mayor que en el GC los síntomas hormonales eran

más frecuentes e intensos en el GI. Sin embargo, se evidencia que, en la segunda medición, en el GI los síntomas hormonales mejoran en intensidad y frecuencia, mientras que en el GC son más severos y frecuentes, en la tercera medición se evidencia una recuperación de la presencia de estos síntomas en los dos grupos, sin embargo, en el GC aún siguen siendo más intensos y frecuentes que en los participantes del GI. Esto indica que la Intervención Prostatectomía genera herramientas de automanejo que permite que los participantes manejen mejor la calidad, frecuencia e intensidad de los síntomas hormonales.

**Figura 7-45** Diagrama de cajas comparación de síntomas hormonales entre GI y GC en las tres mediciones.



U de Mann-Whitney: 1 medición: (p: 0.001) 2 medición (p:0.005) 3 medición (P: 0.45)  
 Wilcoxon: Intervención (P=0.2) Control: (P=0.001)

**Tabla 7-16** Comparación GI y GC en el Automanejo de Síntomas por dimensiones en las tres mediciones.

Variable	Dimensiones	Grupos	Media	Valor P	
AUTOMANEJO DE SÍNTOMAS GLOBAL	SÍNTOMAS URINARIOS	<b>PRIMERA MEDICIÓN</b>			0.388
		INTERVENCIÓN	90.6(DS=14.7)		
		CONTROL	92 (DS=14)		
		<b>SEGUNDA MEDICIÓN</b>			0.001
		INTERVENCIÓN	97.4 (DS=7)		
		CONTROL	78 (DS=23)		
		<b>TERCERA MEDICIÓN</b>			0.0001
		INTERVENCIÓN	97.5 (DS=3.1)		
CONTROL	78 (DS=19)				

	<b>SÍNTOMAS OBSTRUCTIVOS</b>	<b>PRIMERA MEDICIÓN</b>		
		INTERVENCIÓN	82.7 (DS=11)	0.0001
		CONTROL	93 (DS=13)	
		<b>SEGUNDA MEDICIÓN</b>		
		INTERVENCIÓN	84 (DS=9.4)	0.0001
		CONTROL	69 (DS=15)	
	<b>TERCERA MEDICIÓN</b>			
	INTERVENCIÓN	91.6 (DS=5.5)	0.0001	
	CONTROL	81 (DS=10)		
	<b>SÍNTOMAS INTESTINALES</b>	<b>PRIMERA MEDICIÓN</b>		
		INTERVENCIÓN	92 (DS=14.1)	0.06
		CONTROL	97 (DS=6)	
		<b>SEGUNDA MEDICIÓN</b>		
		INTERVENCIÓN	87.4 (DS=12)	0.0001
		CONTROL	80 (DS=13)	
	<b>TERCERA MEDICIÓN</b>			
	INTERVENCIÓN	96 (DS=5.66)	0.30	
	CONTROL	91 (DS=12)		
	<b>SÍNTOMAS SEXUALES</b>	<b>PRIMERA MEDICIÓN</b>		
		INTERVENCIÓN	23.6 (DS=19.4)	0.34
		CONTROL	34 (DS=26)	
		<b>SEGUNDA MEDICIÓN</b>		
		INTERVENCIÓN	17 (DS=12.7)	0.172
		CONTROL	25 (DS=21)	
<b>TERCERA MEDICIÓN</b>				
INTERVENCIÓN	13.6 (DS=8)	0.89		
CONTROL	21 (DS=18)			
<b>SÍNTOMAS HORMONALES</b>	<b>PRIMERA MEDICIÓN</b>			
	INTERVENCIÓN	89.2 (DS=11.1)	0.001	
	CONTROL	96 (DS=10)		
	<b>SEGUNDA MEDICIÓN</b>			
	INTERVENCIÓN	90 (DS=10)	0.005	
	CONTROL	83 (DS=13)		
<b>TERCERA MEDICIÓN</b>				
INTERVENCIÓN	91 (DS=10)	0.45		
CONTROL	88 (DS=8)			

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023 \*Valor P: prueba U de Mann-Whitney. Significancia estadística  $p < 0.05$ .

El rendimiento funcional en el GI estuvo determinado por una media de 119 (DS=14.8) mientras que el GC obtuvo una media de 131 (DS= 11.6) valor  $P=0.0001$ , indicando una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. Así mismo, en la segunda medición se evidenció un aumento en la media del GI con un valor en 133 (DS=8.8) y la media del GC fue de 111 (DS= 15) evidenciando una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. En la tercera medición, la media del GI es de 135 (9.4) mientras que la del GC es de 113 (DS=10) con un valor  $P= 0.0001$  mostrando cambios estadísticamente significativos entre los dos grupos en el Total de Rendimiento Funcional (tabla 7-17).

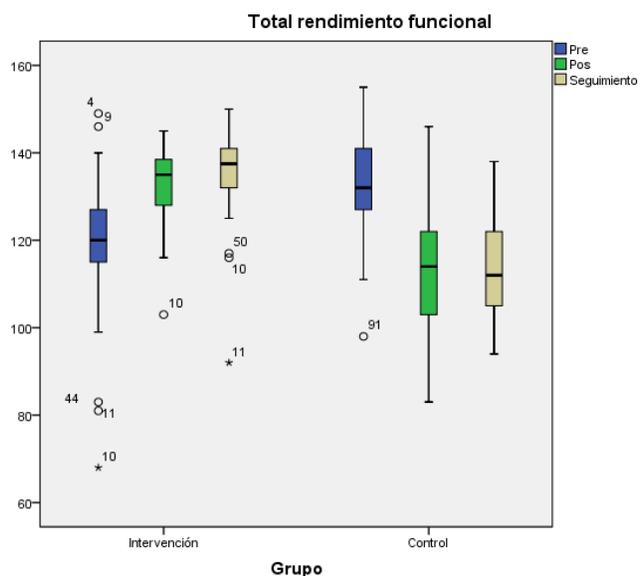
**Tabla 7-17** Comparación GI y GC en el Rendimiento Funcional Global en las tres mediciones.

Variable	Grupos	Media	Valor P
RENDIMIENTO FUNCIONAL GLOBAL	<b>PRIMERA MEDICIÓN</b>		
	INTERVENCIÓN	119 (DS=14.8)	0.0001
	CONTROL	131 (DS=11.6)	
	<b>SEGUNDA MEDICIÓN</b>		
	INTERVENCIÓN	133 (DS=8.8)	0.0001
	CONTROL	111 (DS=15)	
	<b>TERCERA MEDICIÓN</b>		
	INTERVENCIÓN	135 (DS=9.4)	0.0001
	CONTROL	113 (DS=10)	

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023 \*Valor P: prueba U de Mann-Whitney. Significancia estadística  $p < 0.05$ .

En la Figura 7-46 se identifica que el rendimiento funcional en el GI tiende a aumentar a través de las mediciones, mientras que en el grupo control a pesar de tener mejor puntaje en la primera medición, en la segunda y tercera tuvieron un descenso importante. Lo que indica que la Intervención Prostatica tiene una efectividad en el rendimiento funcional de los participantes.

**Figura 7-46** Diagrama de cajas comparación Total Rendimiento Funcional en el GI y GC en las tres mediciones.

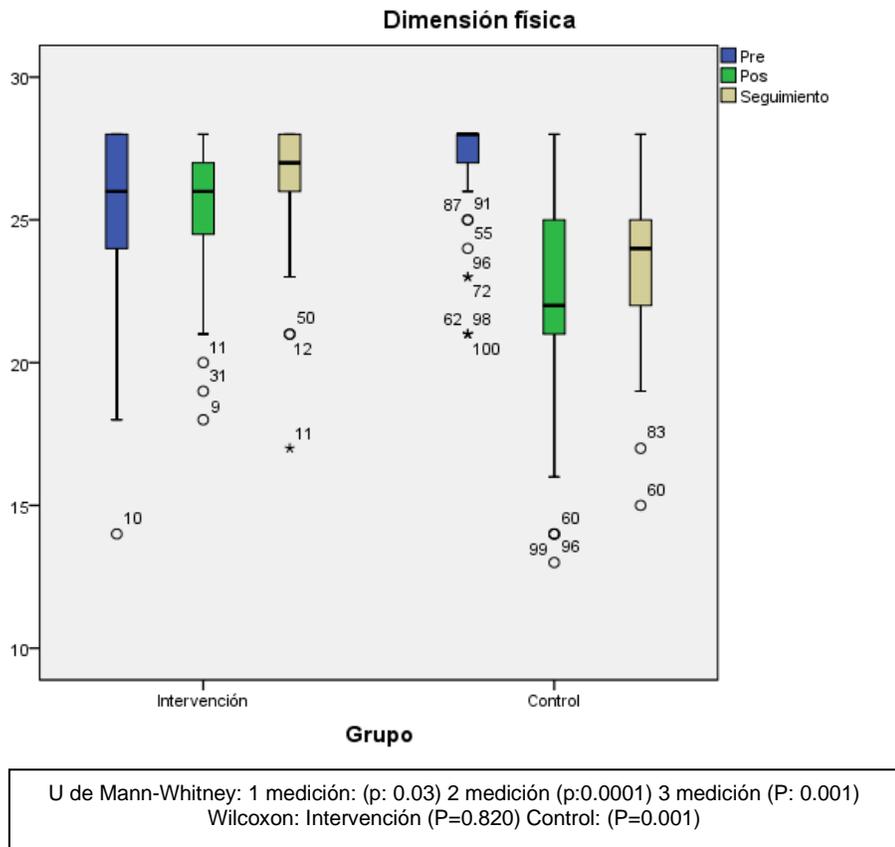


U de Mann-Whitney: 1 medición: (p: 0.0001) 2 medición (p:0.0001) 3 medición (P: 0.001)  
 Wilcoxon: Intervención (P=0.001) Control: (P=0.001)

Al analizar los resultados por dimensiones en el rendimiento funcional, se identifica que la dimensión física en el GI obtuvo una media en 25 (DS=3.2) mientras que en el GC fue de 26 (DS= 2.2) con un valor  $P= 0.03$  con una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. En la segunda medición la GI obtuvo una media de 25.5 (DS= 3.5) y el GC obtuvo una media de 21 (DS=3.7) con una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. En la tercera medición la media estuvo en 26.1 (DS=2.8) y un valor  $P= 0.0001$  con diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos (Tabla 7-18).

En la figura 7-47 se observa el comportamiento de la dimensión física en las tres mediciones en el GI y el GC. En el GI se evidencia que entre la primera y segunda medición la dimensión física se mantiene y en la tercera tiende a aumentar la percepción de los participantes frente a su funcionalidad física. En el GC, esta dimensión tiende a deteriorarse en la segunda medición, y aunque en la tercera aumenta no alcanza a la obtenida en el GI.

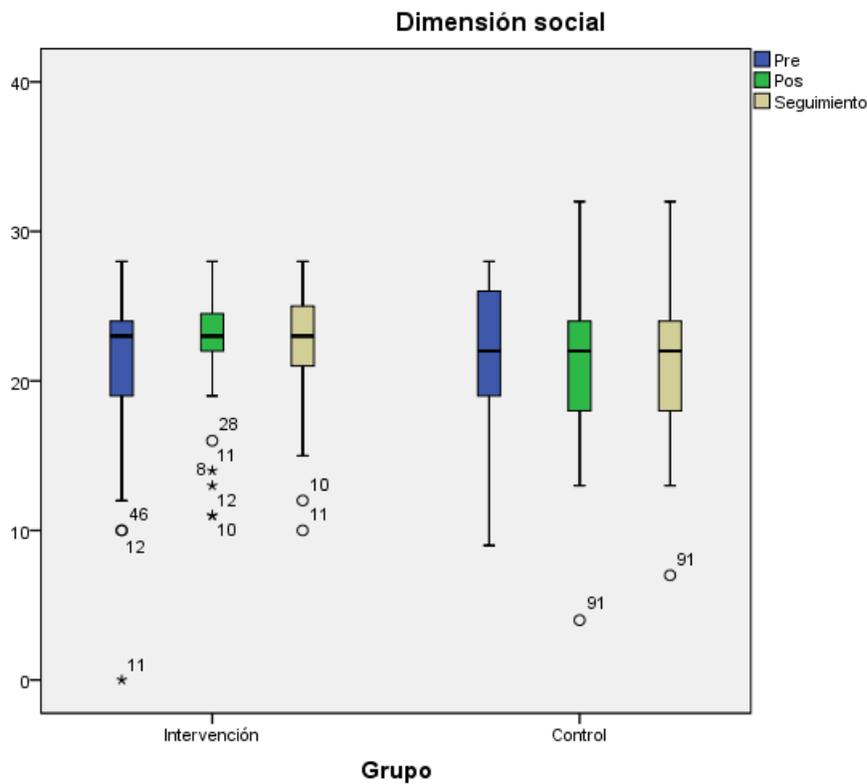
**Figura 7-47** Diagrama de cajas comparación de Dimensión física entre GI y GC de en las tres mediciones.



Al analizar la dimensión social, se identificó una media de 21 (DS=5.1) en el GI mientras que en el GC la media estuvo en 21 (DS=5), el valor  $P= 0.0001$  con una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. En la segunda medición, en el GI se obtuvo una media de 22 (DS=3.8) y en el GC=21 (DS=5.2) con un valor  $P=0.009$  y en la tercera dimensión se observó una media de 22.7(DS=3.9) en el GI, y en el GC se obtuvo una media de 21.3 (DS=4.6) con valor  $P= 0.033$  con diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos (tabla 7-18).

En la figura 7-48, se identifica que el soporte social de los participantes en los dos grupos es similar. En el GI se evidencia un leve aumento en la segunda medición y se sostiene en la tercera, sin embargo, en el GC se mantiene en las tres mediciones.

**Figura 7-48** Diagrama de cajas comparación de dimensión social entre GI y GC en las tres mediciones.

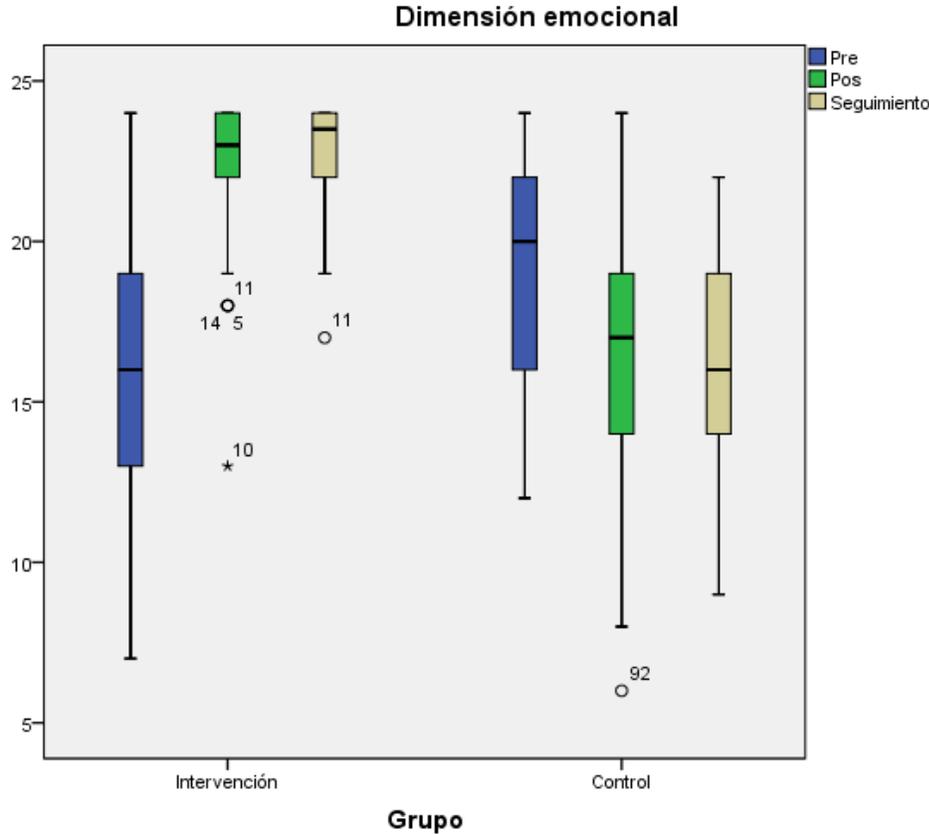


U de Mann-Whitney: 1 medición: (p: 0.0001) 2 medición (p:0.009) 3 medición (P: 0.033)  
 Wilcoxon: Intervención (P=0.04) Control: (P=0.35)

La revisión de la dimensión emocional, en la primera medición del GI se identificó una media de 16 (DS=3.9) y en el GC fue de 19 (DS=3.5) con un valor  $P=0.0009$  con diferencia estadísticamente significativa en los dos grupos. En la segunda medición se identificó una media en el GI de 22.3 (DS=2.2) y en el GC fue de 16.3 (DS=4) y un valor  $p=0.0001$  con diferencia significativa estadísticamente. En la tercera medición se identificó en el GI una media de 23 (DS=1.8) y en el GC fue de 16 (DS=3.3) con un valor  $P=0.0001$  (tabla 7-18).

En la figura 7-49 se identifica que los aspectos emocionales como el nerviosismo, la tristeza, la preocupación y la percepción de cómo enfrentan la enfermedad los participantes del GI mejoran considerablemente posterior a la Intervención Proactive en comparación con los participantes del GC que por el contrario, estos aspectos tienden a empeorar a través de las tres mediciones. Lo que determina que en estos aspectos la Intervención Proactive es efectiva.

**Figura 7-49** Diagrama de cajas comparación de dimensión emocional entre GI y GC en las tres mediciones.



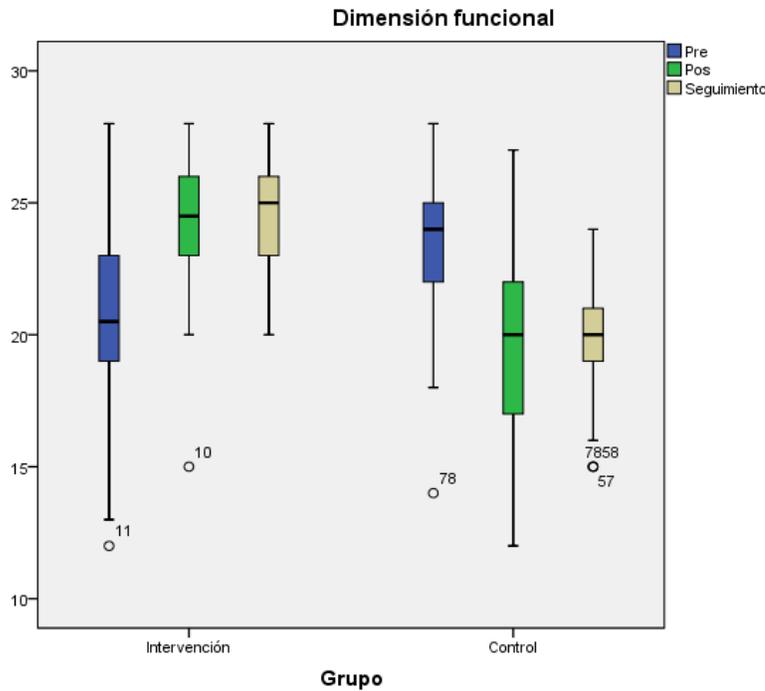
U de Mann-Whitney: 1 medición: (p: 0.0001) 2 medición (p:0.0001) 3 medición (P: 0.001)  
 Wilcoxon: Intervención (P=0.0001) Control: (P=0.0001)

La revisar detenidamente la dimensión funcional se identifica que en el GI la media obtenida fue de 20.7 (DS=2.3) y en el GC fue de 23 (DS=2.7) el valor P =0.0001 con diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. En la segunda medición la media en el GI aumentó a 24.2 (DS=2.3) y en el GC fue de 19.7 (DS=1.9) con un valor P= 0.0001 con diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Finalmente, en la tercera medición la media en el GI fue de 24.7 (DS=1.8) y del GC fue de 19.7 (DS=1.9) con un valor P = 0.0001 con diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos (tabla 7-18).

En la figura 7-50 se identifica que en el GI los participantes percibieron mejor los aspectos relacionados poder continuar trabajando, disfrutar de la vida, disfrutar los pasatiempos y

estar satisfechos con su calidad de vida que los participantes del GC. En el GC los participantes tendieron a deteriorar su funcionalidad a través de las tres mediciones. Esto determina que la Intervención Prostatica mejora la funcionalidad de los hombres con CP.

**Figura 7-50** Diagrama de cajas comparación de la dimensión funcional entre GI y GC en las tres mediciones.

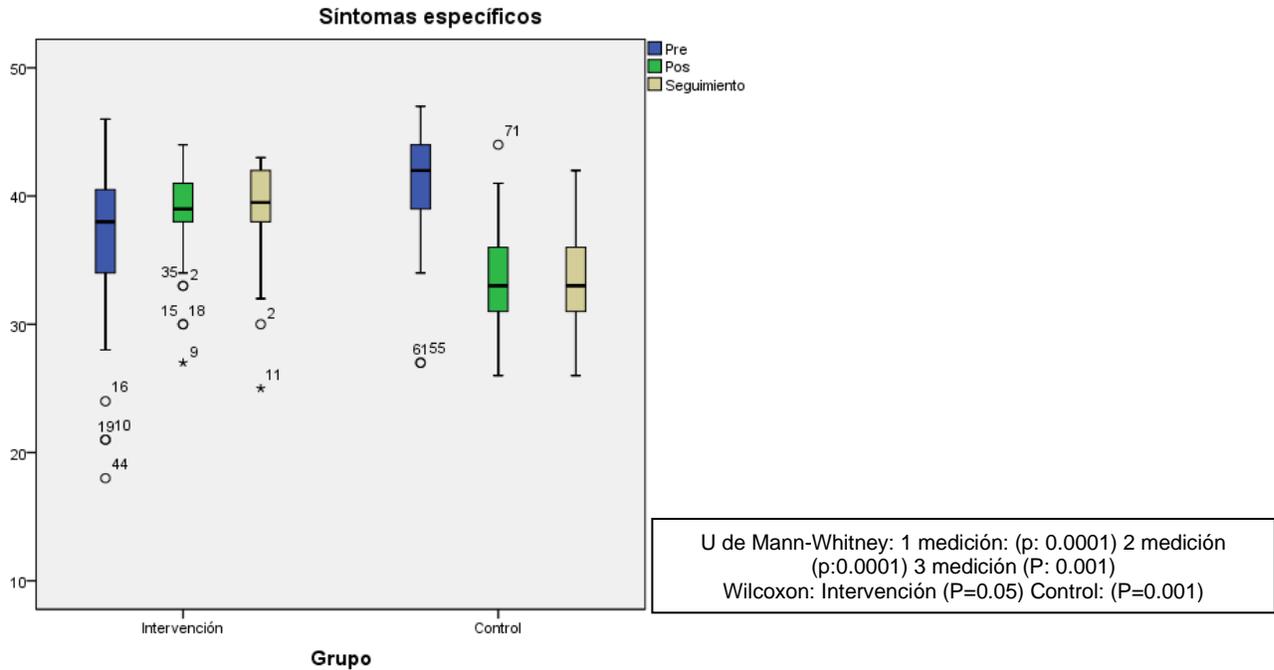


En la dimensión relacionada con los síntomas específicos, en el GI se identificó una media en la primera medición de 36.6 (DS=6) y en GC fue de 40 (DS=4.5) con un valor  $P=0.0001$  con diferencia estadísticamente significativa entre grupos. En la segunda medición se identificó una media en el GI de 38.5 (DS=3.5) y en el GC de 33 (DS=4.1) y un valor  $P=0.0001$  con diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. Finalmente, en la tercera medición en el GI se obtuvo una media de 39 (DS=3.5) y en el GC fue de 33 (DS=4) con un valor  $P=0.0001$  con diferencia estadísticamente entre los grupos (tabla 7-18).

En la figura 7-51 se puede identificar que en el GI los síntomas generaban más molestias que en los participantes del GC, sin embargo, se identifica que en la segunda medición en el GI estos síntomas mejoran y en la tercera medición se mantienen. En el GC se identifica un deterioro significativo de los síntomas generando molestias y disminución del

rendimiento funcional de los participantes. Esto indica que la Intervención Prostatectomía generó herramientas que permitieron que los participantes del GI mantuvieran los síntomas más controlados y por lo tanto tuvieron un mejor rendimiento funcional.

**Figura 7-51** Diagrama de cajas comparación de síntomas específicos entre GI y GC de en las tres mediciones.



**Tabla 7-18** Comparación GI y GC en el Rendimiento Funcional por dimensiones en las tres mediciones.

Variable	Dimensiones	Grupos	Media	Valor P
RENDIMIENTO FUNCIONAL	DIMENSIÓN FÍSICA	<b>PRIMERA MEDICIÓN</b>		0.03
		INTERVENCIÓN	25 (DS=3.2)	
		CONTROL	26 (DS=2.2)	
		<b>SEGUNDA MEDICIÓN</b>		0.0001
		INTERVENCIÓN	25.5 (DS=2.5)	
		CONTROL	21 (DS=3.7)	
	<b>TERCERA MEDICIÓN</b>		0.0001	
	INTERVENCIÓN	26.1(DS=2.2)		
	CONTROL	23 (DS=2.8)		
	DIMENSIÓN SOCIAL	<b>PRIMERA MEDICIÓN</b>		0.0001
		INTERVENCIÓN	21 (DS=5.1)	
		CONTROL	21(DS=5)	
<b>SEGUNDA MEDICIÓN</b>		0.009		
INTERVENCIÓN			22 (DS=3.8)	
CONTROL		21 (DS=5.2)		
<b>TERCERA MEDICIÓN</b>		0.033		
INTERVENCIÓN	22.7 (DS=3.9)			
CONTROL	21.3 (DS=4.6)			

	<b>DIMENSIÓN EMOCIONAL</b>	<b>PRIMERA MEDICIÓN</b>		0.0001
		INTERVENCIÓN	15.8 (DS=3.9)	
		CONTROL	19 (DS=3.5)	0.0001
		<b>SEGUNDA MEDICIÓN</b>		
		INTERVENCIÓN	22.3 (DS=2.2)	
		CONTROL	16.3 (DS=4)	
	<b>TERCERA MEDICIÓN</b>		0.0001	
	INTERVENCIÓN	22.8 (DS=1.8)		
	CONTROL	16 (DS=3.3)		
	<b>DIMENSIÓN FUNCIONAL</b>	<b>PRIMERA MEDICIÓN</b>		0.0001
		INTERVENCIÓN	20.7(DS=3.8)	
		CONTROL	23 (DS=2.7)	0.0001
		<b>SEGUNDA MEDICIÓN</b>		
		INTERVENCIÓN	24.2(DS=2.3)	
		CONTROL	19 (DS=3.4)	
	<b>TERCERA MEDICIÓN</b>		0.0001	
	INTERVENCIÓN	24.7 (DS=1.8)		
	CONTROL	19.7 (DS=1.9)		
<b>SÍNTOMAS ESPECÍFICOS DEL CP</b>	<b>PRIMERA MEDICIÓN</b>		0.0001	
	INTERVENCIÓN	36.6(DS=6)		
	CONTROL	40(DS=4.5)	0.0001	
	<b>SEGUNDA MEDICIÓN</b>			
	INTERVENCIÓN	38.5 (DS=3.5)		
	CONTROL	33(DS=4.1)		
<b>TERCERA MEDICIÓN</b>		0.0001		
INTERVENCIÓN	38.9 (DS=3.5)			
CONTROL	33.1(DS=4)			

Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral. 2023 \*Valor P: prueba U de Mann-Whitney. Significancia estadística  $p < 0.05$ .

## 7.5 Aporte a la teoría del Automanejo de Síntomas

Para el desarrollo de esta investigación se tuvieron en cuenta las siguientes proposiciones expuestas en la TSSM:

El automanejo de los síntomas tiene una influencia positiva en el rendimiento funcional.

Para comprobar esta proposición se plantearon la siguiente hipótesis:

- **La intervención Proactive para el automanejo de los síntomas mejora el rendimiento funcional en personas con cáncer de próstata en tratamiento.**
- Al comparar el GI y el GC no se encuentran diferencias entre el automanejo de síntomas y el rendimiento funcional en personas con cáncer de próstata en tratamiento.

En la figura 7-52 se puede identificar que la intervención Proactive tiene un efecto positivo en el rendimiento funcional de los participantes que se encuentran en CP en tratamiento, por lo tanto, fue efectiva. Si bien no tiene una repercusión global, los efectos más significativos estadísticamente estuvieron en el soporte social específicamente en aceptar el apoyo de las amistades; en la dimensión emocional mejorando el nerviosismo de los participantes, la preocupación hacia el empeoramiento de la enfermedad o hacia la muerte, y mejoró la esperanza de los participantes. En el aspecto funcional fue efectivo en la aceptación de la enfermedad, poder descansar mejor y mejorar la percepción de la calidad de vida que tenían en ese momento.

Por lo tanto, se ratifica la hipótesis alterna.

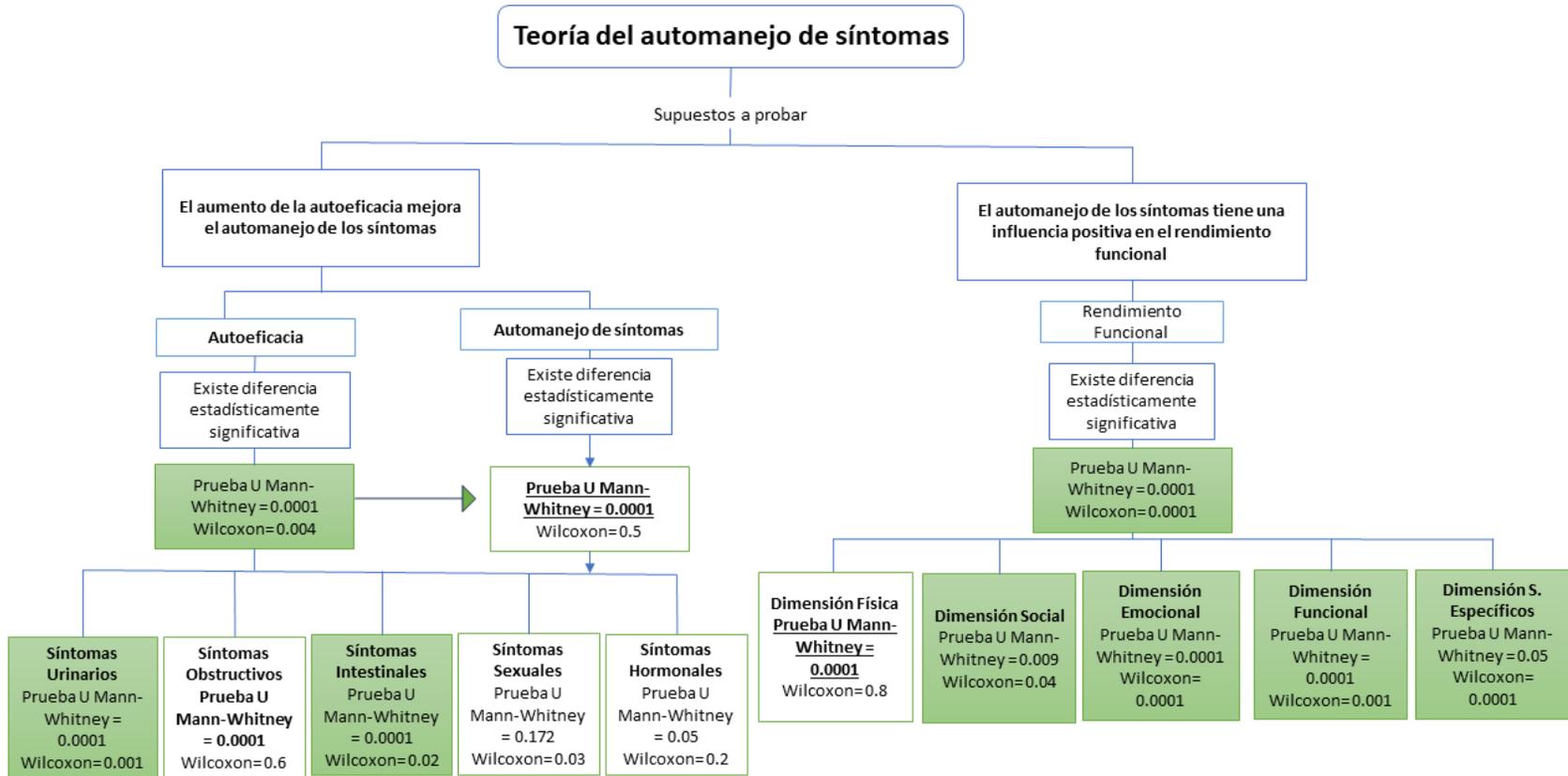
El aumento de la autoeficacia mejora el automanejo de síntomas. Para comprobar esta proposición se plantearon las siguientes hipótesis:

- **Las intervenciones basadas en la autoeficacia mejoran el automanejo de los síntomas en personas con cáncer de próstata en tratamiento.**
- Al comparar el GI y el GC no se encuentran diferencias entre la autoeficacia y el automanejo de síntomas.

La Intervención Proactive mejora la autoeficacia de manera positiva en los participantes y existe diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. Si bien no se estableció una diferencia estadísticamente significativa a nivel global en el automanejo de síntomas, si se evidenció una diferencia entre los dos grupos. Ahora bien, la Intervención Proactive fue efectiva para mejorar síntomas físicos como la incontinencia mejorando el control de la orina, y síntomas emocionales como el nerviosismo, la preocupación, la desesperanza y la insatisfacción.

Los otros síntomas como los obstructivos, hormonales y sexuales está muy ligados al tratamiento tanto hormonal como de radioterapia, y la Intervención Proactive siendo una intervención educativa no tiene una influencia directa en estos síntomas, Por lo tanto, se comprueba la hipótesis de investigación.

Figura 7-52 Efecto de la Intervención Prostatectomía



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral

## 7.1 Sistema Conceptual Teórico empírico de la Investigación

Figura 7-53 Sistema Conceptual teórico empírico de la investigación



Fuente: Corredor Parra LR, Carrillo González GM. Tesis Doctoral



## **8. Discusión**

En este apartado se discutirán los hallazgos identificados en la investigación en contraste con lo encontrado en la literatura relacionado con la caracterización de los participantes, la autoeficacia percibida, el automanejo de síntomas y el rendimiento funcional. Asimismo, la relación de estos con el planteamiento teórico y metodológico en coherencia con los objetivos planteados.

### **8.1 Caracterización**

#### **8.1.1 Perfil Sociodemográfico**

En el estudio la edad de los participantes estuvo entre 50 y 86 años con una media de 69 años, corroborando lo indicado por la Cuenta de Alto Costo determinando que las características principales de los casos con CP en Colombia es que la mediana de la edad en los casos nuevos fue de 69 y de los prevalentes fue de 73 (144). Estos mismos rangos de edad se encuentran en Latinoamérica y Estados Unidos donde la edad promedio de diagnóstico del CP es de 66 años (145,146). En otros estudios en Europa también confirman que los rangos de edad de los participantes con CP que participaron en diferentes investigaciones se encuentran entre 60 y 79 años (147–149)

Los participantes del estudio en su mayoría eran casados o se encontraban en unión libre, aspecto que concuerda con lo encontrado en la literatura (65,97,149–151). De acuerdo con McCaughan et al. (98) y Lambert et al., (152) las parejas de los hombres con CP son parte integral del tratamiento, pues son el soporte principal para ellos durante el proceso, aspecto que se corrobora en la presente investigación. Sin embargo, se identificó que algunos de estos hombres se encuentran divorciados, en el caso del este estudio sólo el 2% aspecto que también concuerda con lo identificado en la literatura.

El nivel educativo de los participantes asignados a los dos grupos estuvo entre nivel universitario y en nivel de posgrado, lo cual concuerda con lo encontrado en la literatura. En la mayoría de los ensayos controlados realizados a hombres con CP, se identificó que los niveles de estudio de los participantes se encontraban en niveles altos (7,22,97,98,148,149,153–155), sin embargo, también se encontraron estudios en los que los participantes tenían bajos niveles de educación (151,156,157).

Otro aspecto relevante es la ocupación. Se ha identificado que, aunque muchos de los hombres diagnosticados con CP ya están jubilados, continúan activos laboralmente en actividades independientes o empleados. En la literatura se identifica la misma tendencia, en un estudio realizado por Traeger et al., (149) la mitad de los participantes eran empleados, o en el estudio realizado por Penedo et al., (158) el 38% trabajaban aún. Por tanto, el tratamiento y la enfermedad afectan directamente las actividades de la vida diaria de los hombres que se encuentran en esta situación. Si bien muchos se encuentran jubilados, el tratamiento y la enfermedad también afecta las actividades que realizan de manera rutinaria en la casa.

### **8.1.2 Perfil clínico**

Teniendo en cuenta la edad de los hombres que desarrollan CP, también se asocian enfermedades crónicas. En el estudio, la mayoría de los participantes presentaban hipertensión arterial (HTA), u otras comorbilidades a la vez, como diabetes mellitus (DM2) y/o enfermedad pulmonar oclusiva crónica (EPOC). Stanciu et al.,(97) en su estudio cuyo propósito era evaluar la viabilidad de una intervención psicoeducativa dirigida por enfermeras para mejorar el automanejo de los supervivientes con CP, encontró participantes con patologías tales como HTA, artritis reumatoidea y problemas cardíacos, al igual que Watson et al., (147) cuyos participantes presentaron estas mismas patologías en su estudio, resaltando que tenían 2 o más aparte del CP, aspecto relevante pues genera mayor sintomatología y carga de la enfermedad y los síntomas.

Para el CP existen varios tipos de tratamiento dependiendo del estadio de la enfermedad, para el caso del CP localizado, se encuentra el tratamiento quirúrgico (prostatectomía), radioterapia y/o radioterapia y hormonoterapia. Para este estudio la mayoría de los participantes recibieron radioterapia y hormonoterapia. En la literatura, el tipo de tratamiento más aplicado también fue la radioterapia y terapia hormonal (150). La

prostatectomía sigue siendo el tratamiento de elección tanto para médicos oncólogos como para pacientes, pero con más sintomatología. En este sentido, los síntomas sexuales y urinarios son los más frecuente desde la parte física (159).

El antígeno prostático (PSA) es un indicador de la presencia de células cancerígenas en la sangre. En este estudio la media reportó un valor promedio de 12.51ng/dL, aspecto que no difiere mucho de lo encontrado en la literatura. En el estudio de Tagai et al., (148) la mediana del PSA fue de 12.51ng/dL, Skolarus et al., (160) reportó en su estudio un promedio de PSA de 14 ng/dL. Si bien es un indicador importante, se debe tener en cuenta que no es específico para CP, este indicador puede alterarse por otros aspectos y patologías distintas al CP.

## 8.2 Autoeficacia percibida

La autoeficacia percibida es uno de los aspectos que debe ser tenido en cuenta para generar y aplicar intervenciones de automanejo. Se puede decir que la clave para que una intervención de automanejo sea efectiva son los altos niveles de autoeficacia en los participantes, pues es fundamental para la toma de decisiones y se define como la percepción de la propia capacidad para implementar conductas para alcanzar determinados tipos de resultados, como el manejo de los síntomas.

La autoeficacia se ha trabajado en diferentes intervenciones educativas y comportamentales, no sólo en personas con CP sino con otro tipo de patologías crónicas y ha permitido generar un proceso de evaluación del significado de la enfermedad, sus síntomas, el impacto de los síntomas en el bienestar de la persona y la evaluación de la capacidad de la persona para controlar los síntomas.

De acuerdo con la Teoría del Automanejo de Síntomas, las creencias de autoeficacia se desarrollan e influyen a partir de cuatro factores principales: desde experiencias de dominio directo que incluyen logros y éxitos personales previos, experiencias indirectas pueden definirse como situaciones en las que una persona aumenta su propia confianza en sí misma al observar a un individuo similar lograr el éxito en determinadas situaciones (es decir, “si ellos pueden hacerlo, yo puedo hacerlo”). La persuasión social y verbal incluye llevar a un individuo, a través de retroalimentación y señales verbales, a creer que puede tener éxito en una situación específica. Finalmente, la interpretación de inferencias de

estados fisiológicos y psicológicos aumentan esta autoeficacia y en consecuencia el automanejo de los síntomas y el rendimiento funcional (2).

Hoffman et al., (95) realizaron un ensayo controlado aleatorizado para evaluar el impacto de una intervención en personas con cáncer de pulmón basada en la autoeficacia para promover el automanejo de la fatiga, en este caso la intervención fue factible y el grupo intervención mejoró la autoeficacia para el automanejo de la fatiga. El síntoma se redujo y los componentes de salud mental y física del rendimiento funcional mejoraron a comparación del grupo control. En este estudio se aplicaron diarios para registrar la actividad del ejercicio cada semana, ejercicios que iban aumentando en tiempo y motivaciones diarias aspectos que mejoraban la autoeficacia percibida en los participantes.

Zhang et al., (161) en otro estudio realizado para probar la efectividad de una intervención que mejora la autoeficacia y disminuye la angustia en pacientes con cáncer colorrectal que estaban recibiendo quimioterapia, se evidenció que el grupo intervención tuvo una mejoría significativa en la autoeficacia y una reducción en la gravedad de los síntomas, la inferencia de los síntomas, la ansiedad y la depresión. En este estudio se utilizaron estrategias como manuales que contenían información educativa sobre las formas de aumentar la autoeficacia y los componentes básicos de automanejo, así como el uso de videos como experiencia indirecta.

Las intervenciones específicas para el automanejo de síntomas en hombres con CP también han demostrado aumento en la autoeficacia. En la investigación realizada por Faithfull et al., (136) en la cual se evaluó la viabilidad de una intervención de automanejo para ayudar a los hombres con CP a hacer frente a los síntomas del tracto urinario inferior secundario a la radioterapia, los investigadores identificaron un nivel muy alto de autoeficacia al momento de realizar la intervención, que permitió un efecto positivo en los resultados finales. En este estudio, la autoeficacia percibida de los participantes estuvo desde el inicio en niveles altos, sin embargo, se identificaron ítems que estaban bajos y que posterior a la intervención mejoraron notablemente.

En los ítems que se mostraba menor puntaje en la escala de autoeficacia se encontraba “confianza en que podría manejar acontecimientos inesperados”, aspecto que también fue encontrado por Watson et al., (147) en un estudio para probar la aceptabilidad y viabilidad de una intervención psicoeducativa dirigida por enfermeras a sobrevivientes de CP. Lo

anterior concuerda con lo encontrado en este estudio, en el cual la confianza de los participantes se encontraba alterada antes de la intervención y que posteriormente aumento posterior a la Intervención Prostatictive.

Los recursos de mejora de la autoeficacia en la Intervención Prostatictive fueron cartilla o manual que contenían información de cada uno de los módulos, video sobre realización de los ejercicios de Kegel, asesoramiento cara a cara por parte de la enfermera en los 4 módulos de la intervención. Aspectos que van en concordancia con otros estudios experimentales encontrados en la literatura (147,150,162)

El apoyo de seguimiento telefónico en el presente estudio mantuvo la autoeficacia en los participantes del GI en comparación con el GC al brindarles un refuerzo positivo para que continuarán con el cuidado y automanejo de los síntomas, aspecto que también se vio identificado en el estudio de Faithfull et al., (136) en el cual, el seguimiento al mes posterior a la radioterapia pudo mantener los niveles de autoeficacia en los participantes a quienes aplicaron la Intervención SMaRT.

Contrario a nuestros hallazgos, Ruland et al.,(162) y Ferreira et al.,(157) no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la autoeficacia en sus estudios. Si bien Ruland et al., realizaron una intervención de comunicación en salud interactiva basada en internet para el manejo de los síntomas en los participantes de CP y cáncer de mama, aplicaron diferentes estrategias para aumentar la autoeficacia, entre ellas una sección de información para los pacientes, sección de comunicación en la que podían compartir sus experiencias con otros pacientes y obtener apoyo profesional y el acceso a un diario en el cual podían colocar notas personales. Asimismo, Ferreira et al., utilizaron guías para el cuidado en casa que fueron suministrados a los participantes y el seguimiento telefónico, sin embargo, ninguna de las estrategias mejoró la autoeficacia en los participantes.

### **8.3 Automanejo de síntomas**

Los síntomas que presentan los hombres con CP en tratamiento se pueden clasificar en síntomas físicos y cognitivos. Entre los síntomas físicos se encuentran los urinarios, obstructivos, intestinales, sexuales y hormonales.

En la presente investigación se identificó que los síntomas urinarios mejoraron en el GI posterior a la Intervención Prostatictive y en comparación con el GC también hubo mejoría

con diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, las otras dimensiones no mostraron mejoría en el GI posterior a la Intervención, pero en la comparación con el GC hubo diferencia estadísticamente significativa en relación con la carga del síntoma siendo menor en el GC.

Lo anterior concuerda con lo identificado en la literatura. De acuerdo con lo reportado por Stanciu et al., (97) evaluaron la viabilidad de una intervención de automanejo para ayudar a los hombres a manejar los síntomas del tracto urinario inferior posterior a la aplicación de la radioterapia, los resultados mostraron que hubo una disminución de la carga de los síntomas urinarios, pero no se evidenciaron cambios significativos en las otras dimensiones.

Por otro lado, Watson et al., (147) en su estudio en el cual intenta probar la aceptabilidad y viabilidad de una intervención psicoeducativa Prospectiva basada en el automanejo de síntomas, también evalúa los síntomas físicos por medio del instrumento EPIC 26, no se encontraron diferencias entre los GI y GC en las puntuaciones de las dimensiones de síntomas urinarios, intestinales, sexuales u hormonales y se evidencia un deterioro constante con el tiempo. La intervención consistía en brindar orientación sobre cómo abordar problemas psicológicos; formación en habilidades comunicativas; información sobre los procedimientos del estudio; y orientación sobre cuándo y cómo derivar a los hombres a su médico de cabecera, atención secundaria u otros servicios de apoyo. Así mismo no se realizan actividades específicas para mejorar estos síntomas y concluye que los síntomas intestinales, hormonales, sexuales y urinarios se relacionan directamente con los efectos secundarios del tratamiento.

Se ha identificado que cuando las intervenciones se enfocan en síntomas específicos, estos mejoran. Faithfull et al., (136,150) en su estudio experimental en el que aplica la Intervención SMaRT para el automanejo de síntomas posterior a la radioterapia, se proponen mejorar los síntomas urinarios por medio de ejercicios del piso pélvico en hombres con CP, se identificó que los síntomas miccionales u urinarios tuvieron una diferencia estadísticamente significativa hacia la mejoría en el GI, lo que concuerda con lo aplicado en la Intervención Prostatic en la cual se trabajó ejercicios de Kegel y su seguimiento y también se identificó una mejoría posterior a la intervención en el GI.

Otro aspecto relacionado con los síntomas físicos que coincide con lo identificado en este estudio son los síntomas sexuales. Desde el inicio de la intervención, esta dimensión se encontraba altamente deteriorada y siguió disminuyendo a través del tiempo. Lo anterior también fue identificado en diferentes estudios (149,154,156,160) que, a pesar de aplicar la intervención de automanejo, este aspecto no tuvo mejoría en ninguno de los dos grupos, teniendo en cuenta la administración de medicamentos que como efecto secundario disminuye la libido en los participantes.

Los síntomas hormonales se relacionan con sofocos, alteración del estado de ánimo y falta de energía entre otros, en esta investigación no se evidenció diferencias estadísticamente significativas posterior a la intervención. En contraste, Stefanopoulou et al., (40) realizaron un ensayo controlado en el que se evaluó los efectos de una intervención de terapia cognitivo-conductual de automanejo de síntomas como el estado de ánimo y sofocos y su repercusión en la calidad de vida, en la cual el cambio de alimentos en la dieta e intervenciones de relajación y meditación tuvieron una mejoría en estos síntomas siendo una intervención segura y eficaz para ayudar a los hombres con CP sometidos a tratamiento hormonal.

Otros de los síntomas que se evaluaron fueron los síntomas cognitivos. En esta investigación se identificó que síntomas como el nerviosismo, insomnio, preocupación a morir o a que la enfermedad empeore y depresión estuvieron alterados en los participantes de los dos grupos, mejorando significativamente en el GI posterior a la Intervención Prostatectomía.

Lo anterior también se ha podido observar en diferentes estudios experimentales psicosociales o relacionadas con el comportamiento. Penedo et al., (158) en su estudio buscaron establecer la eficacia de una intervención psicosocial grupal para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y reducir la carga de síntomas en hombres con cáncer de próstata, esta intervención estuvo basada en la tecnología y se aplicaron actividades de relajación, manejo del estrés, meditación, apoyo social, control de la ira. Los resultados mostraron reducciones significativas en la ansiedad relacionada con el cáncer, angustia causada por pensamientos intrusivos, temor a la recurrencia del cáncer, así como el aumento significativo en los sentimientos de cohesión notificados con otros participantes.

Parte de este componente de relajación, meditación y momentos de reflexión fueron tomados en la Intervención Proactive, y los participantes reconocieron que estas actividades generaban tranquilidad y confianza en el proceso y aumentaban la esperanza que fue una característica que no se vio alterada en los participantes.

Stanciu et al.,(97) en un estudio experimental evaluó la viabilidad de una intervención psicoeducativa dirigida por enfermeras destinada a mejorar el automanejo de los sobrevivientes del CP, se evaluaron aspectos como la ansiedad y depresión de los participantes. La intervención consiste en una valoración inicial por parte de la enfermera sobre las necesidades físicas, emocionales, espirituales, de estilo de vida y familiares frente al CP, posterior a lo identificado se realizó actividades educativas para el manejo físico (ejercicios de piso pélvico), terapias cognitivo-conductual para identificación de pensamientos, ideas, sentimientos, actitudes y comportamientos obteniendo como resultados mejoría en los síntomas psicológicos y problemas de relación.

McCaughan et al., (98) evaluaron el desenlace de una intervención psicosocial para hombres con CP y sus parejas, el programa fue denominado CONNECT que consistió en tres sesiones grupales y dos telefónicas, se centró en el manejo de síntomas, disfunción sexual, manejo de incertidumbre, pensamiento positivo y relaciones en pareja cuyos resultados disminuyeron la incertidumbre, aumentaron la comunicación con las parejas, esto último concuerda con lo identificado en la presente investigación.

Templeton et al.,(163) por su parte realizaron un ensayo controlado aleatorio para evaluar el efecto de un paquete educativo basado en evidencia sobre el conocimiento de la enfermedad y el tratamiento, la calidad de vida, el afrontamiento y los resultados determinaron que la intervención tuvo un efecto significativo sobre el conocimiento, la satisfacción y el afrontamiento

Lo encontrado en la literatura sobre otros estudios experimentales que trabajaron el automanejo de síntomas físicos y cognitivos en hombres con CP determinó que los síntomas mejoran significativamente con intervenciones que trabajen la autoeficacia de las personas, que realicen educación específica sobre la enfermedad y los síntomas que puede presentar y además que se especifiquen actividades hacia síntomas físicos y/o cognitivos.

## 8.4 Rendimiento Funcional

El rendimiento funcional es entendido como el efecto esperado de la experiencia de automanejo de los síntomas de las personas. Hoffman (63) define que el desenlace de rendimiento funcional incluye actividades físicas, de la vida diaria, aspectos sociales e interacción, y desempeño de roles incluyendo el trabajo y otras actividades relacionadas (63). Lo anterior está directamente relacionado con las dimensiones para determinar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en hombres con CP.

Por tanto, el rendimiento funcional depende de aspectos físicos, emocionales, sociales, espirituales y por los síntomas específicos del CP. En este estudio, la Intervención Prostatectomía mejoró el rendimiento funcional en las dimensiones social, emocional y funcional, aspectos que concuerdan en el estudio realizado por Faithfull et al., (136) quienes identificaron que posterior a la intervención de automanejo para ayudar a los hombres a hacer frente a los síntomas del tracto urinario inferior como resultado de la radioterapia para el CP, la dimensión emocional tuvo una diferencia estadísticamente significativa. Las otras dimensiones, aunque aumentaron los valores de la media posterior a la intervención, no tuvieron cambios significativos estadísticamente.

Penedo et al., (158) también determinaron niveles de CVRS aplicando del FACT-G en su estudio en el que realizaron una intervención psicosocial grupal para disminuir la carga de los síntomas en hombres con CP, en esta investigación no se evidenciaron cambios en las dimensiones de bienestar física, social ni emocional de manera global, sin embargo, mejoró aspectos de ansiedad y angustia causada por la enfermedad y el tratamiento. La intervención también fomentó el trabajo entre pares, en las que compartían experiencias similares, este entorno social mejoró significativamente el apoyo social percibido para los participantes contribuyendo también a la disminución de niveles de depresión en el GI.

Asimismo, Templeton et al.,(163) en su estudio en el cual aplicaron un paquete educativo para hombres con CP en terapia de manipulación hormonal y determinaron que la intervención tuvo efectos significativos en todas las subescalas (física, emocional, social, funcional y de síntomas específicos del CP), corroborando que la educación al paciente proporciona esquemas cognitivos que facilitan la adaptación a eventos estresantes. Al ayudar a la persona a comprender, predecir el curso del proceso de la enfermedad y tratamiento le permite afrontar los problemas y situaciones de manera efectiva, aspectos

que se ven reflejados en las diferentes actividades de la vida diaria, en las relaciones con los demás y en aspectos emocionales y de afrontamiento.

Las intervenciones educativas aumentan el conocimiento sobre la enfermedad y tratamiento y pueden aliviar la sensación de impotencia asociadas a la incertidumbre mejorando el bienestar emocional. La mejora en el Bienestar Social en el postest del GI de este estudio puede atribuirse al fortalecimiento de las redes sociales que se vieron interrumpidas al inicio del tratamiento y el efecto fortalecedor de la educación en las relaciones de los participantes con los demás, lo anterior también se identificó en estudios como los realizados por Templeton et al., (163); McCaughan et al.,(98) y Stanciu et al., (97)

Al realizar la revisión de la literatura se encontraron intervenciones de automanejo en personas con CP que brindaban un apoyo a los participantes utilizando: información sobre la enfermedad y/o manejo de esta (148,149,153,155,160,163,164), consejos y apoyo sobre estilo de vida (97,148,151,153,156,157,160,163), apoyo social (97,98,153,157,160), entrenamiento/ensayo de estrategias psicológicas (97,153,164) y formación/ensayo para actividades de automanejo (97,151,153)utilizando la educación para la salud como herramienta para gestionar estas intervenciones, aspecto que fue aplicado en la Intervención Prostatictive.

La dosis de las intervenciones de automanejo estuvo entre 4 y 24 semanas, la frecuencia de la intervención varió entre 1 y 6 veces por semana y el tiempo de las intervenciones osciló entre 12 hasta 150 minutos por sesión. En cuanto a la forma de aplicación de los estudios la mayoría fueron presenciales y se combinaron intervenciones cara a cara o a distancia. También se encontraron sesiones grupales, individuales y mixta. La Intervención Prostatictive tuvo características anteriormente descritas en cuanto a la duración total de la intervención, las dosis de los módulos, el tiempo utilizado en cada módulo y se realizó de manera presencial facilitando la interacción entre enfermera-participante.

## 9. Conclusiones

La investigación generó un proceso interactivo enfermera- participante que parte de un marco deductivo en el cuál comprobaron de los supuestos de la Teoría del Automanejo de Síntomas abordando un vacío del conocimiento y probando la conexión que existe entre la teoría y la práctica.

A continuación, se presentan las conclusiones del estudio:

1. La mayoría de los participantes se encuentran en edades entre los 50 y 86 años con un promedio de 67.
2. Todos los participantes tenían seguridad social y el 58% contaban con medicina prepagada.
3. El 74% de los participantes eran casados o se encontraban en unión libre. Las parejas de los hombres con CP son parte integral del tratamiento ya que son el soporte principal para ellos en el proceso y en el seguimiento de las indicaciones suministradas por el equipo de salud.
4. Los participantes vivían en estrato 4 y 5 en su mayoría y tenían un nivel educativo universitario.
5. Los participantes se encontraban activos laboralmente, y aquellos que estaban jubilados, en un porcentaje eran independientes y continuaban sus actividades laborales con normalidad.
6. Las enfermedades crónicas que presentaban los participantes fueron HTA, DM2 y EPOC.
7. Los tratamientos más comunes del CP son prostatectomía, radioterapia y terapia hormonal, teniendo en cuenta que los participantes cursaban con un CP localizado.
8. Los niveles de autoeficacia eran altos desde el inicio de la Intervención, sin embargo, aumentó en diferentes ítems mejorando la autoeficacia percibida,

9. Los participantes percibían que no podían resolver los problemas difíciles y que no tenían la confianza para manejar acontecimientos inesperados, posterior a la Intervención Proactive estos problemas mejoraron aumentando la autoeficacia.
10. La intervención Proactive aumentó los niveles de autoeficacia en los participantes en el GI en las tres mediciones realizadas.
11. Teniendo en cuenta el tipo de tratamiento, los síntomas físicos más prevalentes fueron síntomas urinarios, irritativos, intestinales, sexuales y hormonales.
12. Los participantes encontraron que la Intervención Proactive era muy buena, que debería ser implementada a todos los usuarios con CP del servicio de Radiología y que debería ser suministrada desde el inicio del tratamiento.
13. Los participantes percibían que no podían resolver los problemas difíciles y que no tenían la confianza para manejar acontecimientos inesperados, posterior a la Intervención Proactive estos problemas mejoraron aumentando la autoeficacia.
14. La intervención Proactive aumentó los niveles de autoeficacia en los participantes en el GI en las tres mediciones realizadas.
15. La aplicación de estrategias que mejoran la autoeficacia como experiencias de dominio directo (interacción enfermera-paciente); experiencias indirectas (video para guiar ejercicios del piso pélvico); Persuasión social /verbal (interacción con pares que estén pasando por la situación o ya hayan pasado por ellas); interpretar inferencias de estados fisiológicos y psicológicos (cartilla donde se describen ejercicios de relajación, metas y se evalúa el nivel de cumplimiento) fueron efectivas para aumentar los niveles de autoeficacia en los participantes.
16. El automanejo de síntomas en general no tuvo cambios significativos posterior a la aplicación de la Intervención Proactive en el GI; sin embargo, el GC tuvo menor automanejo de síntomas y mayor carga y prevalencia de los síntomas físicos y cognitivos.
17. La intervención Proactive no tuvo cambios estadísticamente significativos en los síntomas intestinales, sexuales y hormonales en el GI, sin embargo, presentaron menor intensidad y frecuencia en los síntomas que los participantes del GC, determinando una diferencia estadística significativa entre grupos, por lo tanto, la educación por medio de cartillas y video mejoraron la comprensión y automanejo de síntomas.

18. La incontinencia fue uno de los síntomas urinarios más prevalentes, 28% de los participantes presentaban goteos ocasionales y posterior a la Intervención Prostatica disminuyó a 8%. Los ejercicios del piso pélvico fueron efectivos para mejorar este síntoma.
19. La presencia de un chorro débil en los síntomas obstructivos afectaba al 68% de los participantes, posterior a la intervención, disminuyeron a 54%, mejorando también en la tercera medición a 40%.
20. Los síntomas intestinales tuvieron aumento en frecuencia y severidad durante el tratamiento, sin embargo, en el GI fueron menos severos y frecuentes que en el GC. Los síntomas más frecuentes a nivel intestinal fueron aumento en la frecuencia de defecar y/o dolor abdominal o rectal durante el tratamiento.
21. Los síntomas sexuales fueron los que más afectaron a los participantes debido a que estos síntomas tendieron a aumentar en intensidad, prevalencia y frecuencia, ocasionado una actividad sexual escasa o nula en la mayoría de los casos.
22. La disminución en las relaciones sexuales no era considerada un problema grave para la mayoría de los hombres, debido a que ellos pensaban que esa época ya había pasado en su vida y que por ahora la preocupación era la recuperación total del CP.
23. Los síntomas hormonales en el GI no tuvieron diferencias significativas, aunque si se evidencia una leve mejoría en los síntomas, sin embargo, en la comparación entre grupos, los síntomas hormonales en el GC fueron más severos y frecuentes. Los síntomas hormonales más prevalentes en los participantes fueron; depresión, falta de energía y sofocos y calores respectivamente.
24. Los síntomas cognitivos medidos por la dimensión emocional del Instrumento FACT-P mostraron disminución en el nerviosismo, preocupación en morir y que la enfermedad empeorara además que aumentó la esperanza en los participantes.
25. La Intervención Prostatica mejora la autoeficacia y el automanejo de síntomas en hombres con CP en tratamiento. Por lo tanto, se ratifica la hipótesis alterna: las intervenciones basadas en la autoeficacia mejoran el automanejo de los síntomas en personas con cáncer de próstata en tratamiento.
26. El rendimiento funcional a nivel global mejoró en el GI en las tres mediciones realizadas. En el GC se evidenció un deterioro estadísticamente significativo en el rendimiento funcional en las tres mediciones.

27. La Intervención Proactive mejoró el apoyo social mejorando la cercanía a las amistades y a la familia.
28. La dimensión emocional fue la más afectada. La Intervención Proactive fue efectiva en el GI mejorando significativamente esta dimensión en comparación con el GC que mostró un deterioro estadísticamente significativo.
29. La dimensión funcional también mejoró posterior a la Intervención Proactive. En el GI hubo una mejoría estadísticamente significativa posterior a la aplicación de la Intervención. En el GC se evidenció un deterioro en esta dimensión específicamente en dormir bien, en poder continuar con las actividades de la vida diaria específicamente en el trabajo, en poder disfrutar la vida y en la percepción de la calidad de vida, para ellos la CVRS se vio alterada a medida que pasaba el tratamiento.
30. En la dimensión de los síntomas específicos del CP se evidenció una leve mejoría con una diferencia estadísticamente significativa de 0.005 en el GI posterior a la aplicación de la Intervención Proactive. En el GC se evidenció un deterioro importante con la intervención convencional.
31. La Intervención Proactive mejora el automanejo de síntomas en hombres con CP en tratamiento. Por lo tanto, se ratifica la hipótesis alterna: **la intervención Proactive para el automanejo de los síntomas mejora el rendimiento funcional en personas con CP en tratamiento.**
32. Esta investigación comprobó las proposiciones de la Teoría del Automanejo de síntomas, generando evidencia científica tipo experimental que robustece el conocimiento disciplinar.

# **10. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

## **10.1 Recomendaciones**

La Intervención Proactive es la primera intervención realizada por profesionales de enfermería para entrenar a los hombres con CP en conocer su enfermedad, tipos de tratamiento, reconocimiento de síntomas y automanejo de los síntomas.

A continuación, se especifican las recomendaciones derivadas de los hallazgos para la práctica, las políticas públicas, la educación, la investigación y la disciplina.

### **PARA LA PRÁCTICA**

Implementación de intervenciones basadas en la autoeficacia para el automanejo de los síntomas en personas con cáncer generadas y probadas en el contexto colombiano como la Intervención Proactive para hombres con CP en tratamiento, ya que estas mejoran el rendimiento funcional de los usuarios.

Aplicación de la Intervención Proactive por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), como parte del esquema de seguimiento y paquete de tratamiento que le brinde al usuario y su familia los conocimientos sobre la patología, los síntomas que puede presentar y cómo auto manejarlos de manera ambulatoria.

Sensibilizar al equipo de salud de los servicios oncológicos de las Instituciones para fortalecer la educación de los usuarios y sus familias frente al tipo de cáncer que será tratado y los posibles síntomas a manejar. Asimismo, capacitar al talento humano que en este tipo de intervenciones. El personal capacitado debe ser un profesional preferiblemente especialista en oncología, que conozca la población y las diferentes patologías que son atendidas en estos servicios.

## **PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Fortalecer las políticas de Atención Primaria en Salud, específicamente en la educación para la salud (resolución 3280). Asimismo, generar en las Rutas de Atención Integral (RIAS) de cáncer en el capítulo de seguimiento el esquema que propone la Intervención Proactive para el automanejo de síntomas generados por el tratamiento del cáncer.

Evolucionar en la práctica avanzada de enfermería involucrando el rol de la enfermera navegadora o gestora de casos quien estaría a cargo de programas especializados para brindar apoyo individualizado, generar acceso oportuno y realizar un seguimiento al usuario y su familia, por medio de intervenciones como la Intervención Proactive.

## **PARA LA EDUCACIÓN**

Fortalecer la enseñanza en los estudiantes de pregrado y posgrado de enfermería en la generación de Intervenciones con metodología científica basadas en referentes teóricas y que puedan ser protocolizadas y generalizadas en diferentes contextos.

## **PARA LA INVESTIGACIÓN**

Realizar investigaciones interprofesionales que permitan un automanejo de los síntomas de manera conjunta incluyendo medicina tradicional o terapias alternativas que repercutan de manera positiva en el rendimiento funcional de los usuarios con cáncer.

Se ha evidenciado que, con los avances tecnológicos, con el tiempo el número de sesiones de radioterapia puede reducirse, ampliar investigaciones sobre la prevalencia de estos síntomas en usuarios con diferentes protocolos y dosis de radiación, así mismo realizar estudios de costos para los usuarios y las Instituciones asumiendo las diferentes terapias.

Generar investigaciones de tipo cualitativo para conocer y entender mejor las experiencias de las personas con cáncer para el automanejo de síntomas durante el tratamiento de cáncer.

## **PARA LA DISCIPLINA**

Aplicar la TSSM para la generación de intervenciones específicas en cada tipo de cáncer, especialmente relacionados con el tratamiento o en la etapa de rehabilitación y así fortalecer y probar la teoría en la práctica.

## **10.2 Limitaciones**

Durante la realización del proyecto se presentaron varias limitaciones, las cuales a medida que se iban presentando fueron solucionadas con el fin de garantizar el proceso investigativo y el cumplimiento de los objetivos propuestos. Las principales dificultades fueron:

- El desarrollo de la investigación en medio de la Pandemia COVID-19. Esta condición limitó el acceso a los hospitales para iniciar con los permisos pertinentes e iniciar el trabajo de campo para el desarrollo y adaptación de la intervención a las características de los participantes.
- El aval de las Instituciones tardó más de 12 meses, lo que retrasó el tiempo proyectado para tal fin.
- La recolección de la información de manera telefónica (tercera medición) se vieron afectados debido a que los participantes del GC fueron difíciles de contactar, no contestaban las llamadas.



# Anexo 1: Consentimiento Informado

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO: Efectividad de la intervención de enfermería Prostatica para el automanejo de síntomas en hombres con cáncer de próstata en tratamiento.**

La presente investigación es liderada por la estudiante de doctorado Lina Rocío Corredor Parra de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Tiene como objetivo determinar la efectividad de la intervención Prostatica para el automanejo de síntomas y su repercusión en el desenlace de rendimiento funcional en personas con cáncer de próstata en tratamiento. Las personas con cáncer de próstata presentan síntomas físicos y psicológicos relacionados con la enfermedad y el tratamiento, se ha identificado que estos síntomas se presentan de manera múltiple y simultánea generando un impacto importante en la funcionalidad física y emocional, aspectos que afectan de forma directa la el rendimiento funcional de las personas.

Durante el proceso investigativo la investigadora principal lo invitará a participar en el estudio y explicará cómo será su participación, prevalecerá el respeto de los derechos de la persona, sus valores, cultura, creencias, intimidad y autonomía y usted de manera libre y autónoma decidirá si quiere participar en la investigación. Si tiene alguna inquietud puede preguntar a la investigadora Lina Rocío Corredor Parra, puede solicitar una copia de este documento. Si decide participar, puede firmar voluntariamente, asimismo tiene el derecho de retirarse en cualquier momento que usted lo desee.

Usted es candidato para participar en esta investigación porque cumple con los siguientes criterios de selección: hombres que hayan sido diagnosticados con cáncer de próstata localizado (3 a 6 meses que se encuentren en tratamiento con radioterapia, prostatectomía radical y/o terapia coadyuvante); hombres con cáncer de próstata localizado en los estadios T1 a T3 y que tengan acceso a teléfono.

Si usted acepta participar en el estudio será citado a cuatro sesiones presenciales durante su tratamiento en la Clínica los Nogales, la duración de las sesiones es de aproximadamente 30 minutos en las cuales se le explicará cómo manejar los síntomas que presenta debido al cáncer de próstata y el tratamiento. Posteriormente se realizará seguimiento telefónico para conocer su estado de salud a la semana 8 después de las sesiones presenciales.

Una vez finalizada la intervención, los resultados serán socializados a la Universidad Nacional de Colombia, a la Facultad de Enfermería, al departamento de investigación de Clínica Los Nogales y a los participantes mediante publicaciones escritas, libros o revistas o presentación de eventos nacionales e internacionales.

La información que usted suministre se mantendrá en estricta confidencialidad y serán manejados de acuerdo con lo estipulado en la Ley 1581 de 2012, su nombre y sus datos personales no serán utilizados para otros fines que no sean los objetivos de este estudio. Durante la participación en esta investigación usted no asumirá ningún costo y tampoco recibirá beneficios económicos, sociales, políticos o laborales como incentivo por su participación.

Es un riesgo de esta investigación sentir interrumpida su intimidad y la de su familia debido a los síntomas específicos secundarios de la enfermedad y el tratamiento, sin embargo, son más los beneficios que puede recibir participando en esta investigación, entre ellos están:

- Mejorar los conocimientos que tiene actualmente de la enfermedad y los diferentes tipos de tratamiento.
- Conocer los diferentes síntomas físicos y psicológicos que presentan los pacientes con cáncer de próstata y cómo manejarlos desde un contexto ambulatorio.
- Aplicar estrategias de automanejo de síntomas en personas con cáncer de próstata y mejorar su autoeficacia para mejorar su afrontamiento frente a la enfermedad.
- Comunicación recíproca entre paciente el investigador (personal de salud), sobre dudas o complicaciones de la enfermedad y el tratamiento durante la aplicación de la intervención.

Este proyecto de investigación ha sido aprobado por los Comité de Ética de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y del Comité de Investigación y Ética de la Clínica Los Nogales y tendrá un tiempo estimado de 18 meses.

En caso de presentar alguna duda durante el estudio, puede comunicarse con Lina Corredor al número celular: 3007538408 o al correo electrónico: [lrcorredorp@unal.edu.co](mailto:lrcorredorp@unal.edu.co).

Si está de acuerdo en participar en esta investigación, por favor diligencie los siguientes datos a continuación:

Yo \_\_\_\_\_ identificado con la cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_ he recibido y comprendo la explicación sobre el estudio que realizan la investigadora: Lina Rocío Corredor Parra y de manera voluntaria aceto participar en el proyecto de investigación: “Efectividad de la intervención de enfermería Prostackive para el automanejo de síntomas en hombres con cáncer de próstata en tratamiento”.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SUJETO DE INVESTIGACIÓN  
INVESTIGADOR**

Nombre completo:

Firma:

Documento de Identificación:

Fecha y hora:

**PROFESIONAL Y/O**

Nombre completo:

Firma:

Documento de Identificación:

Fecha y hora:

---

**TESTIGO 1**

Nombre completo:

Firma:

Documento de Identificación:

Relación con el participante

Fecha y hora:

**TESTIGO 2**

Nombre completo:

Firma:

Documento de Identificación:

Relación con el participante

Fecha y hora



## Anexo2: Instrumentos

### ESCALA GENERAL DE AUTOEFICACIA

	<b>Incorrecto</b>	<b>Apenas cierto</b>	<b>Más bien cierto</b>	<b>Cierto</b>
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FACIT-P

			Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
1	Aspectos que representan dolor y molestias	¿Tengo dolor?	1	2	3	4	5
2		¿Me siento enfermo?	1	2	3	4	5
3		¿Tengo dolores que me molestan?	1	2	3	4	5
4		¿Tengo dolor en ciertas partes del cuerpo?	1	2	3	4	5
5		¿El dolor me impide hacer cosas que quiero hacer?	1	2	3	4	5
6		¿Tengo problemas con el estreñimiento?	1	2	3	4	5
7	Autonomía y capacidad de desempeño	¿Me falta energía?	1	2	3	4	5
8		Debido a mi estado físico ¿tengo dificultad para atender las necesidades de la familia?	1	2	3	4	5
9		¿Necesito estar acostado?	1	2	3	4	5
10		¿Puedo trabajar? (Incluya el trabajo en el hogar)	1	2	3	4	5
11		¿Me satisface mi trabajo? (Incluya el trabajo en el hogar)	1	2	3	4	5
12		¿Estoy satisfecho con mi calidad de vida actual?	1	2	3	4	5
13	Red social, familiar y satisfacción	¿Tengo buen apetito?	1	2	3	4	5
14		¿Me siento cercano a mis amistades?	1	2	3	4	5
15		¿Recibo apoyo emocional por parte de mi familia?	1	2	3	4	5
16		¿Recibo apoyo por parte de mis amistades?	1	2	3	4	5
17		¿Mi familia ha aceptado mi enfermedad?	1	2	3	4	5
18		¿Me siento satisfecho con la manera como se comunica mi familia acerca de mi enfermedad?	1	2	3	4	5
19		¿Me siento cercano a mi pareja (o la persona que me da apoyo)?	1	2	3	4	5
20		¿Estoy satisfecho de cómo estoy enfrentando mi enfermedad?	1	2	3	4	5
21		¿Puedo disfrutar la vida?	1	2	3	4	5
22		¿He aceptado mi enfermedad?	1	2	3	4	5
23	¿Estoy satisfecho con el alivio que tengo por el momento?	1	2	3	4	5	
24	Elementos relacionados con depresión y/o ansiedad	¿Tengo náuseas?	1	2	3	4	5
25		¿Me siento triste?	1	2		4	5
26		¿Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad?	1	2	3	4	5
27		¿Me siento nervioso?	1	2	3	4	5
28		¿Me preocupa morir?	1	2	3	4	5
29		¿Me preocupa que mi enfermedad empeore?	1	2	3	4	5
30		¿Duermo bien?	1	2	3	4	5
31		¿Estoy bajando de peso?	1	2	3	4	5
32	Síntomas específicos del cáncer de próstata	¿Me molestan los efectos secundarios del tratamiento?	1	2	3	4	5
33		¿Estoy satisfecho con mi vida sexual?	1	2	3	4	5
34		¿Disfruto con mis pasatiempos de siempre?	1	2	3	4	5
35		¿Soy capaz de sentir como hombre?	1	2	3	4	5
36		¿Tengo dificultad para orinar?	1	2	3	4	5
37		¿Orino más frecuentemente de lo usual?	1	2	3	4	5

EPIC 26

1. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido una pérdida de orina?

- Más de una vez al día..... 1
- Más o menos una vez al día..... 2
- Más de una vez a la semana..... 3 (Circule el número de su respuesta)
- Más o menos una vez a la semana...4
- Rara vez o nunca..... 5

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su control de la orina en las últimas 4 semanas?

- No tengo control de la orina..... 1
- Goteo frecuente..... 2 (Circule el número de su respuesta)
- Goteo ocasional..... 3
- Control total..... 4

3. ¿Cuántos protectores o pañales para adulto usó normalmente por día para controlar la pérdida de orina en las últimas 4 semanas?

- Ninguno..... 0
- 1 protector por día..... 1 (Circule el número de su respuesta)
- 2 protectores por día..... 2
- 3 o más protectores por día..... 3

4. ¿Qué tanto problema ha tenido con cada una de las siguientes cosas en las últimas 4 semanas? (Circule el número de su respuesta en cada línea)

	Ningún problema	Un problema muy pequeño	Un problema pequeño	Un problema moderado	Un gran problema
a. Goteo o pérdida de orina .....	0	1	2	3	4
b. Dolor o ardor al orinar.....	0	1	2	3	4
c. Sangre en la orina.....	0	1	2	3	4
d. Orinar con un chorrito débil o no vaciar por completo la vejiga....	0	1	2	3	4
e. Necesidad de orinar frecuentemente durante el día..	0	1	2	3	4

5. En general, ¿qué tanto problema ha tenido con su función urinaria en las últimas 4 semanas?

- Ningún problema..... 1
- Un problema muy pequeño..... 2
- Un problema pequeño..... 3 (Circule el número de su respuesta)
- Un problema moderado..... 4
- Un gran problema..... 5

6. ¿Qué tanto problema ha tenido con cada una de las siguientes cosas?  
(Circule el número de su respuesta en cada línea)

	<u>Ningún problema</u>	<u>Un problema muy pequeño</u>	<u>Un problema pequeño</u>	<u>Un problema moderado</u>	<u>Un gran problema</u>
a. Ganas de defecar con urgencia..	0	1	2	3	4
b. Aumento en la frecuencia de defecar.....	0	1	2	3	4
c. Perder control de la defecación..	0	1	2	3	4
d. Defecar con sangre.....	0	1	2	3	4
e. Dolor en el abdomen/en la pelvis/en el recto.....	0	1	2	3	4

7. En general, ¿qué tanto problema ha tenido con sus hábitos de defecar en las últimas 4 semanas?

Ningún problema..... 1

Un problema muy pequeño..... 2

Un problema pequeño..... 3 (Circule el número de su respuesta)

Un problema moderado..... 4

Un gran problema..... 5

8. ¿Cómo calificaría cada una de las siguientes cosas en las últimas 4 semanas?  
(Circule el número de su respuesta en cada línea)

	<u>Muy poca o ninguna</u>	<u>Poca</u>	<u>Regular</u>	<u>Buena</u>	<u>Muy buena</u>
a. ¿Su capacidad de tener una erección?.....	1	2	3	4	5
b. ¿Su capacidad de llegar al orgasmo (clímax)?...	1	2	3	4	5

9. ¿Cómo describiría usualmente la CALIDAD de sus erecciones en las últimas 4 semanas?

No he tenido erecciones..... 1

No lo suficientemente firmes para ninguna actividad sexual..... 2 (Circule el número de su respuesta)

Suficientemente firmes sólo para masturbación y jugueteo sexual... 3

Suficientemente firmes para tener relaciones sexuales..... 4

10. ¿Cómo describiría la FRECUENCIA de sus erecciones en las últimas 4 semanas?

NUNCA tuve una erección cuando quise tenerla..... 1

Tuve una erección MENOS DE LA MITAD de las veces que quise... 2

Tuve una erección MÁS O MENOS LA MITAD de las veces que quise..... 3 (Circule el número de su respuesta)

Tuve una erección MÁS DE LA MITAD de las veces que quise..... 4

Tuve una erección TODAS LAS VECES que quise..... 5

11. En general, ¿cómo calificaría su capacidad de funcionar sexualmente en las últimas 4 semanas?

- Muy mala..... 1  
 Mala..... 2  
 Regular..... 3 (Circule el número de su respuesta)  
 Buena..... 4  
 Muy buena..... 5

12. En general, ¿qué tanto problema ha sido para usted su función sexual o la falta de función sexual en las últimas 4 semanas?

- Ningún problema..... 1  
 Un problema muy pequeño..... 2  
 Un problema pequeño..... 3 (Circule el número de su respuesta)  
 Un problema moderado..... 4  
 Un gran problema..... 5

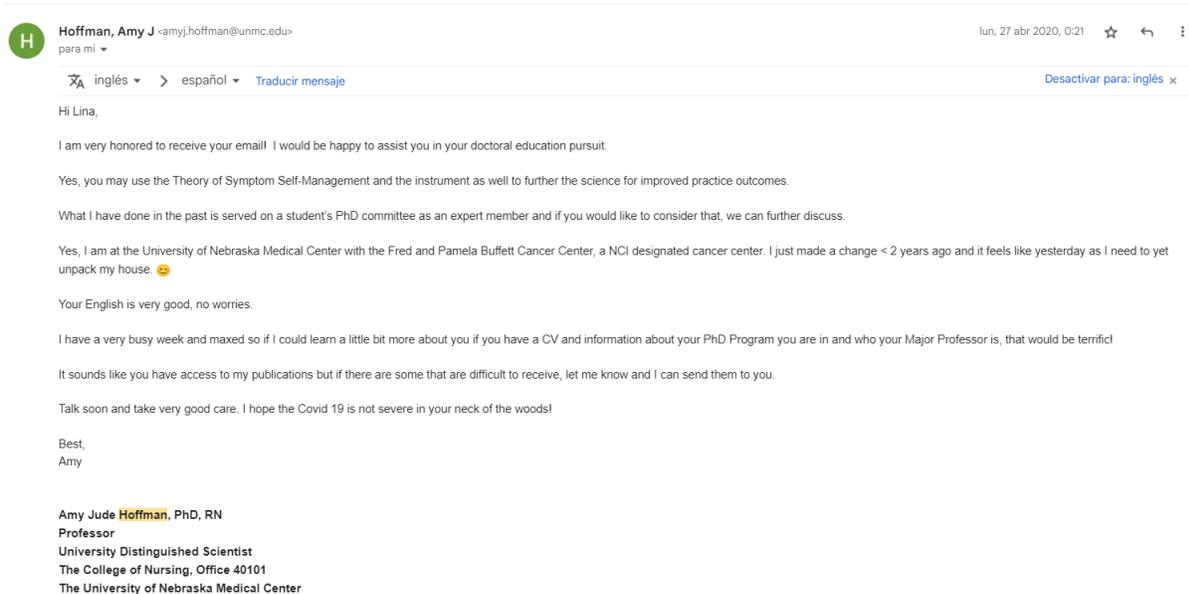
13. ¿Qué tanto problema ha tenido con cada una de las siguientes cosas en las últimas 4 semanas?  
 (Circule el número de su respuesta en cada línea)

	Ningún problema	Un problema muy pequeño	Un problema pequeño	Un problema moderado	Un gran problema
a. Sofocos o calores.....	0	1	2	3	4
b. Sensibilidad en los senos/aumento de tamaño de los senos.....	0	1	2	3	4
c. Sentirse deprimido.....	0	1	2	3	4
d. Falta de energía.....	0	1	2	3	4
e. Subir o bajar de peso.....	0	1	2	3	4

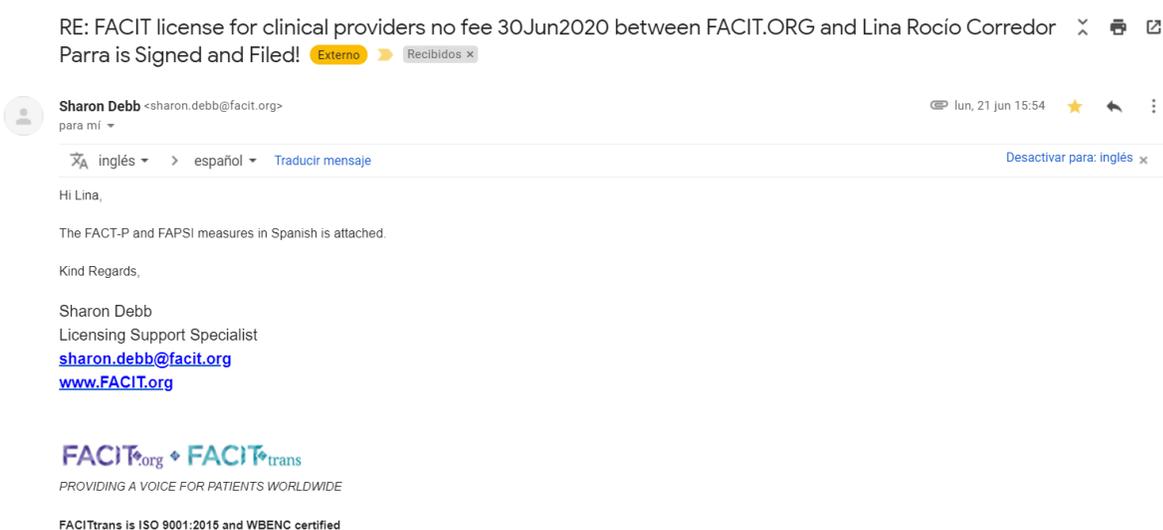
¡MUCHAS GRACIAS!

# Anexo 3: Permiso de uso de la Teoría y de instrumentos

## Permiso Uso de la Teoría de Automanejo de Síntomas



## Permiso uso FACIT-P



**From:** Adobe Sign <[adobesign@adobesign.com](mailto:adobesign@adobesign.com)>  
**Sent:** Monday, June 21, 2021 12:18 PM  
**To:** Lina Rocío Corredor Parra <[lrcorredorp@unal.edu.co](mailto:lrcorredorp@unal.edu.co)>; Sharon Debb <[sharon.debb@facit.org](mailto:sharon.debb@facit.org)>  
**Subject:** FACIT license for clinical providers no fee 30Jun2020 between [FACIT.ORG](http://FACIT.ORG) and Lina Rocío Corredor Parra is Signed and Filed!

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FACIT license for clinical providers no fee 30Jun2020 between [FACIT.ORG](http://FACIT.ORG) and Lina Rocío Corredor Parra is Signed and Filed!

To: Lina Rocío Corredor Parra and Sharon Debb

Attached is a final copy of **FACIT license for clinical providers no fee 30Jun2020**.

Copies have been automatically sent to all parties to the agreement.

You can view [the document](#) in your Adobe Sign account.

## Permiso uso instrumento Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC)

Request Externo Recibidos

 **Lina Rocío Corredor Parra** <[lrcorredorp@unal.edu.co](mailto:lrcorredorp@unal.edu.co)> para [martinsanda, rldunn](#) vie, 18 jun 12:30 ☆ ↶ ⋮

Good afternoon

My name is Lina Corredor, I work as a specialized nurse (Registered Nurse) in a Adult Critical Care Unit at Bogotá - Colombia. Besides, I am a PhD Nursing Student at Nacional University of Colombia. As part of my studies I have focused my investigation on Symptom self management in prostate cancer patients. For this reason, I have been seeking exhaustively a scale that allows me to monitor the symptoms secondary to treatment and the disease in these patients

For this reason, I would like to ask your permission to use the Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC), spanish version in my investigation, which has as objective to determine the effectiveness of the Prosta-Active intervention for the self-management of symptoms and its impact on the outcome of functional performance in people with prostate cancer undergoing treatment.

I really appreciate your time to consider my request.

Sincerely,

Lina Corredor RN  
 PhD Nursing Student  
 Universidad Nacional de Colombia

Lina Rocío Corredor Parra  
 Mgs. Enfermería  
 Estudiante Doctorado.

---

 **Sanda, Martin** <[martinsanda@emory.edu](mailto:martinsanda@emory.edu)> para mí, [rldunn@med.umich.edu](mailto:rldunn@med.umich.edu) vie, 18 jun 13:00 ☆ ↶ ⋮

 inglés ↔  español ↔ [Traducir mensaje](#) [Desactivar para: inglés](#) ✕

You have my permission – good luck with your research 😊

\*\*\*

# Permiso uso de instrumento Escala General de Autoeficacia

Request Externo Recibidos x



**Lina Rocio Corredor Parra** <lrcorredorp@unal.edu.co>  
para health ▾

vie, 18 jun 12:09 ☆ ↶ ⋮

Good evening;

My name is Lina Corredor, I work as a specialized nurse (Registered Nurse) in a Adult Critical Care Unit at Bogotá - Colombia. Besides, I am a PhD Nursing Student at Nacional University of Colombia. As part of my studies I have focused my investigation on Symptom self management in cancer patients. For this reason, I have been seeking exhaustively a self-efficacy scale.

For this reason, I would like to ask your permission to use the General Self-efficacy Scale in my investigation, which has as objective To determine the effectiveness of the Prosta-Active intervention for the self-management of symptoms and its impact on the outcome of functional performance, in people with prostate cancer undergoing treatment.

I really appreciate your time to consider my request.

Sincerely,

Lina Corredor RN

PhD Nursing Student

Universidad Nacional de Colombia



**Schwarzer, Ralf** <ralf.schwarzer@fu-berlin.de>  
para mí, health@zedat.fu-berlin.de ▾

vie, 18 jun 12:37 ☆ ↶ ⋮

Inglés ▾ > español ▾ [Traducir mensaje](#)

[Desactivar para: inglés](#) x

see

<http://www.psyc.de/WORDPRESS/wordpress/requests/>

## Anexo 3: Avals de ética

### Aval Comité de ética Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia

Dirección de Extensión e Investigación  
Facultad de Enfermería  
Sede Bogotá



Bogotá D.C., 03 de diciembre de 2021

[AVAL 027-21]

Profesora  
**VIVIANA MARYCEL CESPEDES CUEVAS**  
Directora  
Posgrados Área Curricular de Enfermería  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora,  
Reciba un atento saludo.

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, en sesión virtual ordinaria sincrónica del 29 de noviembre de 2021, Acta 09, se permite dar aval desde los aspectos éticos al proyecto de investigación titulado “Efectividad de la intervención de enfermería Prostatica para el automanejo de síntomas en hombres con cáncer de próstata en tratamiento”, de la estudiante del Doctorado en Enfermería Lina Rocio Corredor Parra.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'YPM'.

**YAIRA YOHANNA PARDO MORA**  
Presidenta Comité de Ética (E)  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional de Colombia  
\*delegada por la Decana

## Aval Comité de Ética Clínica Los Nogales



### EL COMITÉ DE ETICA DE LA INVESTIGACIÓN DE CLINICA LOS NOGALES DE BOGOTA

#### CERTIFICA QUE:

Que el proyecto de investigación titulado **“Efectividad de la intervención de enfermería Prosta-Active para el automanejo de síntomas en hombres con cáncer de próstata en tratamiento”** cuya investigadora principal es **Lina Rocío Corredor Parra**, fue evaluado y aprobado por parte del Comité de Ética de la Investigación de Clínica Los Nogales, en su sesión del mes de enero de 2022, considerando la pertinencia de la investigación, el rigor metodológico, su calidad científica, la coherencia, el cumplimiento de las normas científicas, técnicas y éticas, nacionales e internacionales que rigen este tipo de investigaciones.

El consentimiento informado elaborado para este proyecto incluye los aspectos requeridos para proveer la información necesaria a las personas que se incluyan en el estudio y el investigador principal debe garantizar la obtención del consentimiento informado por cada uno de los participantes en el estudio.

Con base en lo expresado anteriormente, el Comité de Investigación y Ética conceptúa que el proyecto cumple con todos los requisitos de calidad exigidos y en consecuencia otorga su aprobación; el respectivo concepto se consigna en el acta de la correspondiente sesión.

Los datos personales deben ser encriptados con un código que garantice la confidencialidad de la información de acuerdo con lo normado en la Ley 1581 de 2012 sobre el tratamiento de datos privados y sensibles con finalidad científica, artículo 6, literal e.

Se expide esta certificación el día 22 de marzo del 2022

Dr. Libardo Martínez  
Presidente CEI  
Clínica Los Nogales





## Bibliografía

1. OMS. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022. Ginebra; 2022.
2. Hoffman AJ. Enhancing self-efficacy for optimized patient outcomes through the theory of symptom self-management. *Cancer Nurs.* 2013 Jan;36(1).
3. White LL, Kupzyk KA, Berger AM, Cohen MZ, Bierman PJ. Self-efficacy for symptom management in the acute phase of hematopoietic stem cell transplant: A pilot study. *European Journal of Oncology Nursing [Internet].* 2019;42(November 2018):21–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.07.006>
4. Blomberg K, Wengström Y, Sundberg K, Browall M, Isaksson AK, Nyman MH, et al. Symptoms and self-care strategies during and six months after radiotherapy for prostate cancer - Scoping the perspectives of patients, professionals and literature. *European Journal of Oncology Nursing.* 2016;21:139–45.
5. Reeve BB, Tan X, Chen RC, Usinger DS, Pinheiro LC. Symptom and function profiles of men with localized prostate cancer. *Cancer.* 2018;124(13):2832–40.
6. Haack M, Kofahl C, Kramer S, Seidel G, von dem Knesebeck O, Dierks ML. Participation in a prostate cancer support group and health literacy. *Psychooncology.* 2018;27(10):2473–81.
7. Paterson C, Nabi G. A Model of Consultation in Prostate Cancer Care: Evidence From a Systematic Review. *Cancer Nurs.* 2017;40(4):276–88.
8. Bernat JK, Wittman DA, Hawley ST, Hamstra DA, Helfand AM, Haggstrom DA, et al. Symptom burden and information needs in prostate cancer survivors: a case for tailored long-term survivorship care. *BJU Int.* 2016 Sep 1;118(3):372–8.
9. Grunfeld EA, Hunter MS, Yousaf O. Men's experience of a guided self-help intervention for hot flushes associated with prostate cancer treatment. *Psychol Health Med.* 2017;22(4):425–33.
10. Organización Mundial de la Salud. El cáncer hoy [Internet]. [cited 2023 Jul 16]. Available from: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode\\_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&populat](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&populat)

- ion\_group=0&ages\_group%5B%5D=0&ages\_group%5B%5D=17&nb\_items=10&group\_cancer=1&include\_nmsc=1&include\_nmsc\_other=1&type\_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type\_sort=0&type\_nb\_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population\_group\_globocan\_id=
11. Globocan. Cancer Today [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 29]. Available from: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode\\_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=10](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10)
  12. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica ( GPC ) para la detección temprana , seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata. Bogotá; 2013. 717 p.
  13. Observatorio Nacional de Cáncer. Incidencia cáncer de próstata en Colombia. 2022 [cited 2020 May 25]. Incidencia Cáncer de próstata en Colombia. Available from: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/indicadores/Paginas/Cáncer-de-próstata.aspx>
  14. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2020 Cuenta de Alto Costo Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. 2020.
  15. Cuenta de Alto Costo. Día mundial de la prevención del cáncer de próstata 2023 [Internet]. [cited 2023 Jul 20]. Available from: <https://cuentadealtocosto.org/cancer/dia-mundial-de-la-prevencion-del-cancer-de-prostata-2023/>
  16. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Cáncer. ONC Colombia. 2018;1–59.
  17. Carrillo González GM. Los grupos de síntomas en personas con cáncer: una revisión integrativa. Aquichan. 2017;17(3):257–69.
  18. Congreso de la República de Colombia. Ley 1384 de 2010. Ley Sandra Ceballos. Diario Oficial. 2010;2010(47):1–9.
  19. Vergara-Dagobeth E, Suárez-Causado A, Gómez-Arias RD. Plan Control del cáncer en Colombia 2012-2021. Un análisis formal. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2017;16(33):16–8.
  20. Bernat JK, Wittman DA, Hawley ST, Hamstra DA, Helfand AM, Haggstrom DA, et al. Symptom burden and information needs in prostate cancer survivors: a cancer

- survivos: a case for tailored long-term survivorship care. *BJU Int.* 2016;118(3):372–8.
21. Skolarus TA, Metreger T, Hwang S, Kim HM, Grubb RL, Gingrich JR, et al. Optimizing veteran-centered prostate cancer survivorship care: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2017;18(1):1–14.
  22. Skolarus TA, Wittmann D, Hawley ST. Enhancing prostate cancer survivorship care through self-management. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* [Internet]. 2017;35(9):564–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urolonc.2017.05.008>
  23. Stanciu MA, Morris C, Makin M, Watson E, Bulger J, Evans R, et al. Trial of personalised care after treatment—Prostate cancer: A randomised feasibility trial of a nurse-led psycho-educational intervention. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2019;28(2):1–11.
  24. Skolarus TA, Ragnoni JA, Garlinghouse C, Schafenacker A, Webster D, Hager P, et al. Multilingual Self-Management Resources for Prostate Cancer Survivors and Their Partners: Results of a Long-Term Academic-State Health Department Partnership to Promote Survivorship Care. *Urology* [Internet]. 2017;110:92–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2017.06.017>
  25. Ministerio de Salud. Resolución 3280 de 2018 [Internet]. Febrero 25 2018. Available from: [http://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/resolucion\\_minsalud\\_r0412000.htm](http://normograma.supersalud.gov.co/normograma/docs/resolucion_minsalud_r0412000.htm)
  26. Kim S, Shen S, Moore DF, Shih W, Lin Y, Li H, et al. Late gastrointestinal toxicities following radiation therapy for prostate cancer. *Eur Urol.* 2011;60(5):908–16.
  27. van den Bergh RCN, Korfage IJ, Roobol MJ, Bangma CH, de Koning HJ, Steyerberg EW, et al. Sexual function with localized prostate cancer: Active surveillance vs radical therapy. *BJU Int.* 2012;110(7):1032–9.
  28. Tewari A, Divine G, Chang P, Shemtov MM, Milowsky M, Nanus D, et al. Long-Term Survival in Men With High Grade Prostate Cancer: A Comparison Between Conservative Treatment, Radiation Therapy and Radical Prostatectomy-A Propensity Scoring Approach. *Journal of Urology.* 2007;177(3):911–5.
  29. Fransson P, Damber JE, Widmark A. Health-related quality of life 10 years after external beam radiotherapy or watchful waiting in patients with localized prostate cancer. *Scand J Urol Nephrol.* 2009;43(2):119–26.
  30. Prostate Cancer Foundation. Prostate Cancer - Patient guide. 2022.

31. Lenz ER, Pugh LC. The theory of unpleasant symptoms. In: Smith M Jane, Liehr Patricia, editors. *Middle Range Theory of Nursing*. Third Edit. New York, NY: Springer Publishing Company; 2014. p. 165–95.
32. Song L, Guo P, Tan X, Chen RC, Nielsen ME, Birken SA, et al. Enhancing survivorship care planning for patients with localized prostate cancer using a couple-focused web-based, mHealth program: the results of a pilot feasibility study. *Journal of Cancer Survivorship*. 2021;15(1):99–108.
33. Dirksen SR, Belyea MJ, Wong W, Epstein DR. Transitions in symptom cluster subgroups among men undergoing prostate cancer radiation therapy. *Cancer Nurs*. 2016;39(1):3–11.
34. Crawford-Williams F, March S, Goodwin BC, Ralph N, Galvão DA, Newton RU, et al. Interventions for prostate cancer survivorship: A systematic review of reviews. *Psychooncology*. 2018;27(10):2339–48.
35. Bowler M, Dehek R, Thomas E, Ngo K, Grose L. Evaluating the Impact of Post-Treatment Self-Management Guidelines for Prostate Cancer Survivors. *J Med Imaging Radiat Sci*. 2019;50:398–407.
36. Cockle-Hearne J, Barnett D, Hicks J, Simpson M, White I, Faithfull S. A web-based intervention to reduce distress after prostate cancer treatment: Development and feasibility of the getting down to coping program in two different clinical settings. *J Med Internet Res*. 2018;20(4).
37. Hsiao CP, Moore IM (Ki), Insel KC, Merkle CJ. Symptom self-management strategies in patients with non-metastatic prostate cancer. *J Clin Nurs*. 2014;23(3–4):440–9.
38. Paterson C, Primeau C, Pullar I, Nabi G. Development of a prehabilitation multimodal supportive care interventions for men and their partners before radical prostatectomy for localized prostate cancer. *Cancer Nurs*. 2019;42(4):E47–53.
39. Cockle-Hearne J, Faithfull S. Self-management for men surviving prostate cancer: A review of behavioural and psychosocial interventions to understand what strategies can work, for whom and in what circumstances. *Psychooncology*. 2010;19(9):909–22.
40. Stefanopoulou E, Yousaf O, Grunfeld EA, Hunter MS. A randomised controlled trial of a brief cognitive behavioural intervention for men who have hot flushes following prostate cancer treatment (MANCAN). *Psychooncology*. 2015;24(9):1159–66.
41. Qan'ir Y, Song L. Systematic review of technology-based interventions to improve anxiety, depression, and health-related quality of life among patients with prostate cancer. *Psychooncology*. 2019;28(8):1601–13.

42. Crawford-williams DF, Sonja D, Goodwin DBC, Nicholas D, Galvão PDA, Newton PRU, et al. Intervenciones para la supervivencia del cáncer de próstata : una revisión sistemática de comentarios. 2019;1–17.
43. Sundberg K, Wengström Y, Blomberg K, Hälleberg-Nyman M, Frank C, Langius-Eklöf A. Early detection and management of symptoms using an interactive smartphone application (Interaktor) during radiotherapy for prostate cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2017;25(7):2195–204.
44. Watson E, Shinkins B, Frith E, Neal D, Hamdy F, Walter F, et al. Symptoms, unmet needs, psychological well-being and health status in survivors of prostate cancer: Implications for redesigning follow-up. *BJU Int*. 2016;117(6):E10–9.
45. Paterson C, Primeau C, Nabi G. A pilot randomised controlled trial of a multimodal supportive care (ThriverCare) intervention for managing unmet supportive care needs in men with metastatic prostate cancer on hormonal treatment and their partner/caregivers. *European Journal of Oncology Nursing* [Internet]. 2018 Dec;37(March):65–73. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1462388918301297>
46. Anderson C, Omar M, Campbell S, Hunter K, Cody J, Glazener C. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;(1).
47. Glazener C, Boachie C, Buckley B, Cochran C, Dorey G, Grant A, et al. Urinary incontinence in men after formal one-to-one pelvic-floor muscle training following radical prostatectomy or transurethral resection of the prostate (MAPS): two parallel randomised controlled trials. *Lancet* [Internet]. 2011;378:328–65. Available from: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
48. Novick BJ, Assani, Angie M, Walker E, Kitay R, Monday K, Albert NM. The Effect of Intensive Education On Urinary Incontinence Following Radical Prostatectomy: A Randomized Control Trial. *Urol Nurs*. 2014 Sep 1;34(5):246–51.
49. Zopf EM, Bloch W, Machtens S, Zumbé J, Rübber H, Marschner S, et al. Effects of a 15-Month Supervised Exercise Program on Physical and Psychological Outcomes in Prostate Cancer Patients Following Prostatectomy: The ProRehab Study. *Integr Cancer Ther*. 2015 Sep 18;14(5):409–18.
50. Centemero A, Rigatti L, Giraud D, Lazzeri M, Lughezzani G, Zugna D, et al. Preoperative Pelvic Floor Muscle Exercise for Early Continence After Radical Prostatectomy: A Randomised Controlled Study. *Eur Urol*. 2010 Jun;57(6):1039–44.

51. Geraerts I, Van Poppel H, Devoogdt N, Joniau S, Van Cleynenbreugel B, De Groef A, et al. Influence of preoperative and postoperative pelvic floor muscle training (PFMT) compared with postoperative PFMT on urinary incontinence after radical prostatectomy: A randomized controlled trial. *Eur Urol.* 2013 Nov;64(5):766–72.
52. Dijkstra-Eshuis J, Van Den Bos TWL, Splinter R, Bevers RFM, Zonneveld WCG, Putter H, et al. Effect of preoperative pelvic floor muscle therapy with biofeedback versus standard care on stress urinary incontinence and quality of life in men undergoing laparoscopic radical prostatectomy: A randomised control trial. *Neurourol Urodyn.* 2015 Feb 1;34(2):144–50.
53. Neal DE, Metcalfe C, Donovan JL, Lane JA, Davis M, Young GJ, et al. Ten-year Mortality, Disease Progression, and Treatment-related Side Effects in Men with Localised Prostate Cancer from the ProtecT Randomised Controlled Trial According to Treatment Received. *Eur Urol.* 2020 Mar 1;77(3):320–30.
54. Lane JA, Donovan JL, Young GJ, Davis M, Walsh EI, Avery KNL, et al. Functional and quality of life outcomes of localised prostate cancer treatments (Prostate Testing for Cancer and Treatment [ProtecT] study). *BJU Int.* 2022 Sep 1;130(3):370–80.
55. Ilie G, Rendon R, Mason R, MacDonald C, Kucharczyk MJ, Patil N, et al. A Comprehensive 6-mo Prostate Cancer Patient Empowerment Program Decreases Psychological Distress Among Men Undergoing Curative Prostate Cancer Treatment: A Randomized Clinical Trial. *Eur Urol.* 2023 Jun 1;83(6):561–70.
56. Wortel RC, Oomen-de Hoop E, Heemsbergen WD, Pos FJ, Incrocci L. Moderate Hypofractionation in Intermediate- and High-Risk, Localized Prostate Cancer: Health-Related Quality of Life From the Randomized, Phase 3 HYPRO Trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2019 Mar 15;103(4):823–33.
57. Katz A. Quality of life for men with prostate cancer. *Cancer Nurs.* 2007;30(4):302–8.
58. Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? [Internet]. 2008. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
59. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 15]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
60. American Society of Clinical Oncology. Estreñimiento. [cited 2020 Apr 3]. *Cancer.Net.* Available from: <https://www.cancer.net/es/asimilación-con-cáncer/efectos-físicos-emocionales-y-sociales-del-cáncer/manejo-de-los-efectos-secundarios-físicos/estreñimiento>

61. Hsiao CP, Moore IM (Ki), Insel KC, Merkle CJ. Vol. 23, *Journal of Clinical Nursing*. 2014. p. 440–9 Symptom self-management strategies in patients with non-metastatic prostate cancer.
62. Van Vu D, Molassiotis A, Ching SSY, Le TT. Effects of Qigong on symptom management in cancer patients: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. 2017;29(2017):111–21.
63. Hoffman AJ. Enhancing self-efficacy for optimized patient outcomes through the theory of symptom self-management. *Cancer Nurs*. 2013;36(1).
64. Fu MR, LeMone P, McDaniel RW. An integrated approach to an analysis of symptom management in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2004;31(1):65–70.
65. Watson E, Rose P, Frith E, Hamdy F, Neal D, Kastner C, et al. PROSPECTIV - A pilot trial of a nurse-led psychoeducational intervention delivered in primary care to prostate cancer survivors: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2014;4(5):1–7.
66. Cockle-Hearne J, Barnett D, Hicks J, Simpson M, White I, Faithfull S. A web-based intervention to reduce distress after prostate cancer treatment: Development and feasibility of the getting down to coping program in two different clinical settings. *J Med Internet Res*. 2018;20(4).
67. Galvão DA, Newton RU, Girgis A, Lepore SJ, Gardiner RA, Taaffe DR, et al. Randomized controlled trial of a peer led multimodal intervention for men with prostate cancer to increase exercise participation. *Psychooncology*. 2018;27(1):199–207.
68. Allen C, Vassilev I, Kennedy A, Rogers A. Long-term condition self-management support in online communities: A meta-synthesis of qualitative papers. *J Med Internet Res*. 2016;18(3):1–17.
69. Rincon E, Monteiro-Guerra F, Rivera-Romero O, Dorrnoro-Zubiete E, Sanchez-Bocanegra CL, Gabarron E. Mobile Phone Apps for Quality of Life and Well-Being Assessment in Breast and Prostate Cancer Patients: Systematic Review. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2017;5(12):e187.
70. Faithfull S, Cockle-Hearne J, Khoo V. Self-management after prostate cancer treatment: Evaluating the feasibility of providing a cognitive and behavioural programme for lower urinary tract symptoms. *BJU Int*. 2011;107(5):783–90.
71. Mccaughan E, Prue G, Mcorley O, Northouse L, Schafenacker A, Parahoo K. A randomized controlled trial of a self-management psychosocial intervention for men

- with prostate cancer and their partners: A study protocol. *J Adv Nurs*. 2013;69(11):2572–83.
72. Cockle-Hearne J, Faithfull S. Self-management for men surviving prostate cancer: A review of behavioural and psychosocial interventions to understand what strategies can work, for whom and in what circumstances. *Psychooncology*. 2010;19(9):909–22.
73. Bana M, Ribí K, Kropf-Staub S, Zürcher-Florin S, Näf E, Manser T, et al. Implementation of the Symptom Navi © Programme for cancer patients in the Swiss outpatient setting: A study protocol for a cluster randomised pilot study (Symptom Navi© Pilot Study). *BMJ Open*. 2019;9(7):1–11.
74. Paterson C, Kata SG, Nandwani G, Das Chaudhury D, Nabi G. Unmet Supportive Care Needs of Men with Locally Advanced and Metastatic Prostate Cancer on Hormonal Treatment: A Mixed Methods Study. *Cancer Nurs*. 2017;40(6):497–507.
75. Stanciu MA, Morris C, Makin M, Watson E, Bulger J, Evans R, et al. Trial of personalised care after treatment—Prostate cancer: A randomised feasibility trial of a nurse-led psycho-educational intervention. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019;28(2):1–11.
76. White LL, Cohen MZ, Berger AM, Kupzyk KA, Bierman PJ. Self-efficacy for management of symptoms and symptom distress in adults with cancer: An integrative review. *Oncol Nurs Forum*. 2019;46(1):113–28.
77. Faithfull S, Cockle-Hearne J, Khoo V. Self-management after prostate cancer treatment: Evaluating the feasibility of providing a cognitive and behavioural programme for lower urinary tract symptoms. *BJU Int*. 2011;107(5):783–90.
78. Paterson C, Robertson A, Nabi G. Exploring prostate cancer survivors' self-management behaviours and examining the mechanism effect that links coping and social support to health-related quality of life, anxiety and depression: A prospective longitudinal study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015;19(2):120–8.
79. Hoffman AJ, Brintnall RA, Brown JK, Von Eye A, Jones LW, Alderink G, et al. Virtual reality bringing a new reality to postthoracotomy lung cancer patients via a home-based exercise intervention targeting fatigue while undergoing adjuvant treatment. *Cancer Nurs*. 2014;37(1):23–33.
80. Hoffman AJ. Enhancing self-efficacy for optimized patient outcomes through the theory of symptom self-management. *Cancer Nurs*. 2013;36(1).
81. White L, Cohen M, Berger A, Kupzyk K, Swore B, Bierman P. Perceived Self-Efficacy. A concept analysis for symptom management in patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2016;21(6):272–9.

82. Ruland CM, Andersen T, Jeneson A, Moore S, Grimsbø GH, Børøund E, et al. Effects of an internet support system to assist cancer patients in reducing symptom distress: A randomized controlled trial. *Cancer Nurs.* 2013;36(1):6–17.
83. Hoffman AJ, Brintnall RA, von Eye A, Jones LW, Alderink G, Patzelt LH, et al. A rehabilitation program for lung cancer patients during postthoracotomy chemotherapy. *Onco Targets Ther.* 2014;7:415–23.
84. Cockle-Hearne J, Cooke D, Faithfull S. Developing peer support in film for cancer self-management: what do men want other men to know? *Supportive Care in Cancer.* 2016;24(4):1625–31.
85. Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? Copenhagen : WHO Regional Office for Europe; 2008. p. 1–18. (Health Systems and Policy Analysis , policy brief).
86. Murillo R, Wiesner C, Acosta J, Piñeros M, Pérez JJ, Orozco M. Modelo de Cuidado del Paciente con Cáncer. Bogotá, D.C.; 2015.
87. Bernat JK, Wittman DA, Hawley ST, Hamstra DA, Helfand AM, Haggstrom DA, et al. Symptom burden and information needs in prostate cancer survivors: a cancer survivors: a case for tailored long-term survivorship care. *BJU Int.* 2016;118(3):372–8.
88. Paterson C, Primeau C, Nabi G. A pilot randomised controlled trial of a multimodal supportive care (ThriverCare) intervention for managing unmet supportive care needs in men with metastatic prostate cancer on hormonal treatment and their partner/caregivers. *European Journal of Oncology Nursing.* 2018;37(March):65–73.
89. Brant JM, Dudley WN, Beck S, Miaskowski C. Evolution of the dynamic symptoms model. *Oncol Nurs Forum.* 2016;43(5):651–4.
90. Grady PA, Gough LL. Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions. *Am J Public Health.* 2018;108:S430–6.
91. Grady PA, Gough LL. El automanejo de las enfermedades crónicas: Un método integral de atención. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health.* 2015;37(3):187–94.
92. Organización Mundial de la Salud (OMS). Apoyo al Automanejo. 2013; Available from: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8503:2013-self-management-support&Itemid=1353&lang=es%0Ahttps://cursospaíses.campusvirtuales.org/pluginfile.php/47555/mod\\_resource/content/1/Binder6.pdf](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8503:2013-self-management-support&Itemid=1353&lang=es%0Ahttps://cursospaíses.campusvirtuales.org/pluginfile.php/47555/mod_resource/content/1/Binder6.pdf)

93. Coolbrandt A, Wildiers H, Laenen A, Aertgeerts B, De Casterlé BD, Van Achterberg T, et al. A nursing intervention for reducing symptom burden during chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*. 2018;45(1):115–28.
94. Hoffman AJ, Brintnall RA, Given BA, Von Eye A, Jones LW, Brown JK. Using perceived self-efficacy to improve fatigue and fatigability in postsurgical lung cancer patients: A pilot randomized controlled trial. *Cancer Nurs*. 2017;40(1):1–12.
95. Hoffman AJ, Brintnall RA, Given BA, Von Eye A, Jones LW, Brown JK. Using perceived self-efficacy to improve fatigue and fatigability in postsurgical lung cancer patients: A pilot randomized controlled trial. Vol. 40, *Cancer Nursing*. Lippincott Williams and Wilkins; 2017. p. 1–12.
96. Cockle-Hearne J, Faithfull S. Self-management for men surviving prostate cancer: A review of behavioural and psychosocial interventions to understand what strategies can work, for whom and in what circumstances. Vol. 19, *Psycho-Oncology*. 2010. p. 909–22.
97. Stanciu MA, Morris C, Makin M, Watson E, Bulger J, Evans R, et al. Trial of personalised care after treatment—Prostate cancer: A randomised feasibility trial of a nurse-led psycho-educational intervention. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019 Mar 1;28(2).
98. McCaughan E, Curran C, Northouse L, Parahoo K. Evaluating a psychosocial intervention for men with prostate cancer and their partners: Outcomes and lessons learned from a randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*. 2018 Apr 1;40:143–51.
99. Sidani S. An overview of health intervention research. In: *Health Intervention Research: Understanding Research Design and Methods*. SAGE Publication Ltd; 2015.
100. University of Michigan. EPIC | Urology | Michigan Medicine | University of Michigan [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 7]. Available from: <https://medicine.umich.edu/dept/urology/research/epic>
101. Juárez F, Contreras F. Psychometric properties of the General Self-Efficacy Scale in Colombian sample. *Int J Psychol Res (Medellin)*. 2011;1(2):6–12.
102. Ballesteros M, Sánchez R, Merchán B, Varela R. Estudio de la estructura factorial de la escala de calidad de vida FACIT-P para los pacientes con cáncer de próstata. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2012;16(3):162–9.
103. Showalter TN, Mishra M V., Bridges JFP. Factors that influence patient preferences for prostate cancer management options: A systematic review. *Patient Prefer Adherence*. 2015 Jul 2;9:899–911.

104. Real Academia Española. Síntoma | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 11]. Available from: <https://dle.rae.es/síntoma?m=form>
105. Rhodes VA, Watson PM. Symptom distress—The concept: Past and present. *Semin Oncol Nurs*. 1987;3(4):242–7.
106. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2001;33(5):668–76.
107. Qiu C, Shao D, Yao Y, Zhao Y, Zang X. Self-management and psychological resilience moderate the relationships between symptoms and health-related quality of life among patients with hypertension in China. *Quality of Life Research* [Internet]. 2019;28(9):2585–95. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02191-z>
108. Hoffman AJ, Von Eye A, Gift AG, Given BA, Given CW, Rothert M. Testing a theoretical model of perceived self-efficacy for cancer-related fatigue self-management and optimal physical functional status. *Nurs Res*. 2009 Jan;58(1):32–41.
109. Nakagawa-Kogan H, Garber A, Jarrett M, Egan KJ, Hendershot S. Self-management of hypertension: Predictors of success in diastolic blood pressure reduction. *Res Nurs Health*. 1988;11(2):105–15.
110. Clark N, Becker M, Janz N, Lorig K, Anderson L. Self-management of chronic disease by older adults. *J Aging Health*. 1991;3(1):3–27.
111. Alderson M, Starr L, Gow S, Moreland J. The program for rheumatic independent self-management: A pilot evaluation. *Clin Rheumatol*. 1999;18(4):283–92.
112. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Educ Couns*. 2002;48(2):177–87.
113. Lorig K R, Holman H R. Self Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* [Internet]. 2003;26(1):1–7. Available from: <http://www.springerlink.com/index/96t1713736v23t27.pdf>
114. McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, Schulman-Green D, Schilling LS, Lorig K, et al. Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(1):50–62.
115. Hoffman AJ, Brintnall RA, Given BA, Von Eye A, Jones LW, Brown JK. Using perceived self-efficacy to improve fatigue and fatigability in postsurgical lung cancer patients: A pilot randomized controlled trial. *Cancer Nurs*. 2017;40(1):1–12.

116. Ballesteros M, Sánchez R, Merchán B, Varela R. Estudio de la estructura factorial de la escala de calidad de vida FACIT-P para los pacientes con cáncer de próstata. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2012;16(3):162–9.
117. Allen C, Vassilev I, Kennedy A, Rogers A. Long-term condition self-management support in online communities: A meta-synthesis of qualitative papers. *J Med Internet Res*. 2016;18(3):1–17.
118. Mosher CE, Winger JG, Hanna N, Jalal SI, Einhorn LH, Birdas TJ, et al. Randomized Pilot Trial of a Telephone Symptom Management Intervention for Symptomatic Lung Cancer Patients and Their Family Caregivers. *J Pain Symptom Manage*. 2016;52(4):469–82.
119. Zhang M, Chan SW chi, You L, Wen Y, Peng L, Liu W, et al. The effectiveness of a self-efficacy-enhancing intervention for Chinese patients with colorectal cancer: A randomized controlled trial with 6-month follow up. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(8):1083–92.
120. Ruland CM, Andersen T, Jeneson A, Moore S, Grimsbø GH, Børøund E, et al. Effects of an internet support system to assist cancer patients in reducing symptom distress: A randomized controlled trial. *Cancer Nurs*. 2013;36(1):6–17.
121. Oakley C, Johnson J, Ream E. Developing an intervention for cancer patients prescribed oral chemotherapy: A generic patient diary. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010;19(SUPPL. 1):21–8.
122. Campbell DTJ ulian GS. *Disenos experimentales y cuasiexperimentales en la investigacion social*. *Digestive and Liver Disease*. 1967;182.
123. Hernández Sampieri R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación* [Internet]. 6ta edició. México: McGraw-Hill Education; 2014. 1–589 p. Available from: <https://mail.google.com/mail/u/1/#inbox/15a4cf4b02ab7f85?projector=1>
124. Ibáñez Pinilla M. *Mentefactos conceptuales como estrategia didácticopedagógica de los conceptos básicos de la teoría de muestreo aplicados en investigación en salud*. *Mentefactos conceptuales como estrategia didácticopedagógica de los conceptos básicos de la teoría de muestreo aplicados en investigación en salud*. 2006;4(2):62–72.
125. McCaughan E, Curran C, Northouse L, Parahoo K. Evaluating a psychosocial intervention for men with prostate cancer and their partners: Outcomes and lessons learned from a randomized controlled trial. *Applied Nursing Research* [Internet]. 2018;40(January):143–51. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.01.008>
126. Turrero A ZP. *Métodos descriptivos*. In: *Estadística para biología y ciencias de la salud*. Tercera. Madrid: The McGraw-Hill Companies; 2001. p. 1.

127. FACIT. Org. FACIT Measures and Languages [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 7]. Available from: <https://www.facit.org/measures-scoring-downloads/fact-p-scoring-downloads>
128. Sidani S, Braden C. Design, Evaluation, and Translation of Nursing Interventions. 2013. 1–304 p.
129. Ali Mansournia M, Higgins J, Sterne J, Hernán M. Biases in randomized trials: a conversation between trialists and epidemiologists. *Epidemiology*. 2017;28(1):54–9.
130. Hernández Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ta edició. México: McGraw-Hill Education; 2014. 1–589 p.
131. McCambridge J, Witton J, Elbourne DR. Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. Vol. 67, *Journal of Clinical Epidemiology*. Elsevier USA; 2014. p. 267–77.
132. Manterola C, Otzen T. Los Sesgos en Investigación Clínica Bias in Clinical Research. Vol. 33, *Int. J. Morphol*. 2015.
133. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993. 8430 Colombia; 1993 p. 471.
134. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, [Internet]. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. 2016. 136 p. Available from: [www.paho.org](http://www.paho.org)
135. Organo Oficial de difusión y Comunicación Científica del Colegio Médico de Honduras. Principios de la ética de la investigación y su aplicación. *Rev Med Hondur* [Internet]. 2012;80(2):75–6. Available from: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-2-2012.pdf>
136. Faithfull S, Cockle-Hearne J, Khoo V. Self-management after prostate cancer treatment: Evaluating the feasibility of providing a cognitive and behavioural programme for lower urinary tract symptoms. *BJU Int*. 2011 Mar;107(5):783–90.
137. Mosher CE, Winger JG, Hanna N, Jalal SI, Einhorn LH, Birdas TJ, et al. Randomized Pilot Trial of a Telephone Symptom Management Intervention for Symptomatic Lung Cancer Patients and Their Family Caregivers. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2016;52(4):469–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.04.006>

138. Zeng Y, Zhang JE, Cheng ASK, Cheng H, Wefel JS. Meta-Analysis of the Efficacy of Virtual Reality–Based Interventions in Cancer-Related Symptom Management. *Integr Cancer Ther.* 2019;18.
139. Oakley C, Johnson J, Ream E. Developing an intervention for cancer patients prescribed oral chemotherapy: A generic patient diary. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2010;19(SUPPL. 1):21–8.
140. Fernández Sánchez H, Guzmán Facundo F, Herrera Medina D, Sidani S. Importancia del estudio piloto en un proyecto de intervención. *Index de Enfermería.* 2020;1–5.
141. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Serv Res.* 2017 Jan 26;17(1).
142. Reb A, Ruel N, Fakih M, Lai L, Salgia R, Ferrell B, et al. Empowering survivors after colorectal and lung cancer treatment: Pilot study of a Self-Management Survivorship Care Planning intervention. In: *European Journal of Oncology Nursing.* Churchill Livingstone; 2017. p. 125–34.
143. Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto E. Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación [Content Validity Evidences: Theoretical Advances and Estimation Methods]. *Acción Psicológica.* 2014 Jun 6;10(2):3.
144. Cuenta de Alto Costo. Una mirada al cáncer de próstata en Colombia - Cuenta de Alto Costo [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 23]. Available from: <https://cuentadealtocosto.org/cancer/una-mirada-al-cancer-de-prostata-en-colombia/>
145. Cáncer. Net. Cáncer de próstata: Estadísticas | Cancer.Net [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 23]. Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-pr%C3%B3stata/estad%C3%ADsticas>
146. Moraes-Araújo MS, Sardinha AH de L, Neto JA de F, da Silva EL, Holanda-Lopes ML. Sociodemographic and clinical characterization of men with prostate cancer. *Revista de Salud Publica.* 2019;21(3):1–6.
147. Watson EK, Shinkins B, Matheson L, Burns RM, Frith E, Neal D, et al. Supporting prostate cancer survivors in primary care: Findings from a pilot trial of a nurse-led psycho-educational intervention (PROSPECTIV). *European Journal of Oncology Nursing.* 2018 Feb 1;32:73–81.
148. Tagai EK, Miller SM, Hudson S V., Diefenbach MA, Handorf E, Bator A, et al. Improved cancer coping from a web-based intervention for prostate cancer

- survivors: A randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2021 Sep 1;30(9):1466–75.
149. Traeger L, Penedo FJ, Benedict C, Dahn JR, Lechner SC, Schneiderman N, et al. Identifying how and for whom cognitive-behavioral stress management improves emotional well-being among recent prostate cancer survivors. *Psychooncology*. 2013 Feb;22(2):250–9.
150. Faithfull S, Cockle-Hearne J, Lemanska A, Otter S, Skene SS. Randomised controlled trial to investigate the effectiveness of the symptom management after radiotherapy (SMaRT) group intervention to ameliorate lower urinary tract symptoms in men treated for prostate cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2022 Apr 1;30(4):3165–76.
151. Yang R, Lu Z, Gu X, Dai B. The Effect of an Information Support Program on Self-Efficacy of Prostate Cancer Patients during Hormonal Therapy. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2021 Nov 1;8(6):639–52.
152. Lambert SD, Duncan LR, Culos-Reed SN, Hallward L, Higano CS, Loban E, et al. Feasibility, Acceptability, and Clinical Significance of a Dyadic, Web-Based, Psychosocial and Physical Activity Self-Management Program (TEMPO) Tailored to the Needs of Men with Prostate Cancer and Their Caregivers: A Multi-Center Randomized Pilot Trial. *Current Oncology*. 2022 Feb 1;29(2):785–804.
153. Craike MJ, Gaskin CJ, Mohebbi M, Courneya KS, Livingston PM. Mechanisms of physical activity behavior change for prostate cancer survivors: A cluster randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*. 2018 Aug 16;52(9):798–808.
154. Galvão DA, Newton RU, Girgis A, Lepore SJ, Stiller A, Mihalopoulos C, et al. Randomized controlled trial of a peer led multimodal intervention for men with prostate cancer to increase exercise participation. *Psychooncology*. 2018 Jan 1;27(1):199–207.
155. Lepore SJ, Eton DT, Helgeson VS, Schulz R. Improving quality of life in men with prostate cancer: A randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychology*. 2003 Sep;22(5):443–52.
156. Penedo FJ, Antoni MH, Schneiderman N. Cognitive-Behavioral Stress Management for Prostate Cancer Recovery Facilitator Guide [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2008. (Treatments That Work). Available from: <https://login.ezproxy.javeriana.edu.co/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=234722&lang=es&site=eds-live>

157. da Mata LRF, Azevedo C, Bernardes MFVG, Chianca TCM, Pereira M da G, de Carvalho EC. Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: A randomized controlled clinical trial. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2019;53.
158. Penedo FJ, Fox RS, Oswald LB, Moreno PI, Boland CL, Estabrook R, et al. Technology-Based Psychosocial Intervention to Improve Quality of Life and Reduce Symptom Burden in Men with Advanced Prostate Cancer: Results from a Randomized Controlled Trial. *Int J Behav Med*. 2020 Oct 1;27(5):490–505.
159. Song L, Nielsen ME, Chen RC, Rini C, Keyserling TC, Idiagbonya E, et al. Testing the efficacy of a couple-focused, tailored eHealth intervention for symptom self-management among men with prostate cancer and their partners: the study protocol. *Trials*. 2022 Dec 1;23(1).
160. Skolarus TA, Metreger T, Wittmann D, Hwang S, Hyungjin ;, Kim M, et al. Self-Management in Long-Term Prostate Cancer Survivors: A Randomized, Controlled Trial [Internet]. Vol. 37, *J Clin Oncol*. 2019. Available from: <https://doi.org/10.1200/JCO.2019.37.37.5200>.
161. Zhang M, Chan SW chi, You L, Wen Y, Peng L, Liu W, et al. The effectiveness of a self-efficacy-enhancing intervention for Chinese patients with colorectal cancer: A randomized controlled trial with 6-month follow up. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(8):1083–92.
162. Ruland CM, Andersen T, Jeneson A, Moore S, Grimsbø GH, Børøsdund E, et al. Effects of an internet support system to assist cancer patients in reducing symptom distress: A randomized controlled trial. *Cancer Nurs*. 2013 Jan;36(1):6–17.
163. Templeton H, Coates V. Evaluation of an evidence-based education package for men with prostate cancer on hormonal manipulation therapy. *Patient Educ Couns*. 2004 Oct;55(1):55–61.
164. Chen Y, Zhang X, Hu X, Deng Y, Chen J, Li S, et al. The potential role of a self-management intervention for benign prostate hyperplasia. *Urology*. 2012;79(6):1385–9.