



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

*Tesis*

*Automanejo y Percepción General del Estado de Salud en  
hombres con Cáncer de Próstata*

Presenta:

LE. Erick Iván Escobar Castillo

Para Obtener el Grado de  
Maestría en Enfermería



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

*Tesis*

*Automanejo y Percepción General del Estado de Salud en  
hombres con Cáncer de Próstata*

Presenta:

LE. Erick Iván Escobar Castillo

Director de Tesis:

DCE. Erick Alberto Landeros Olvera

Para Obtener el Grado de  
Maestría en Enfermería

Tesis: Automanejo y Percepción General del Estado de Salud en hombres con Cáncer de Próstata  
Número de registro:

**Jurado de Examen de Grado**

---

DCE. Erick Alberto Landeros Olvera  
Presidente

---

MCE. Rosa María Galicia Aguilar  
Secretaria

---

MSP. Erika Lozada Perezmitre  
Vocal

---

DCE. Erick Alberto Landeros Olvera  
Director de Tesis

---

MCE. Erika Pérez Noriega  
Directora de la Facultad de Enfermería de la  
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

---

DCE. Francisco Javier Báez Hernández  
Secretaria de Investigación y  
Estudios de Posgrado

## Resumen

L.E. Erick Iván Escobar Castillo

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Facultad de Enfermería

Título: Automanejo y Percepción General del Estado de Salud en hombres con Cáncer de Próstata

Área de Estudio: Enfermería Clínica

Número de páginas: 46

Candidato para el Grado de Maestro en Enfermería

**Introducción:** El Cáncer de Próstata (CaP) es un problema de salud pública, dado que implica consecuencias, físicas, psicológicas y sociales en la vida de los hombres. El Automanejo es determinante para el control del CaP en el hombre así como Percepción General del Estado de Salud en la cronicidad de estos. La importancia de esta investigación radica en el ámbito de enfermería, en la necesidad de generar acciones que comprendan la atención de esta población tan vulnerable, puesto que diversos países anglosajones y asiáticos, se han explorado alguna de las variables con el fenómeno de investigación. Sin embargo no se ha explorado estas dos variables en población latinoamericana y de manera específica en el contexto mexicano por lo que surge un vacío de conocimiento en la disciplina científica de Enfermería.

**Objetivo:** Describir la relación del Automanejo y la Percepción General del Estado de Salud en hombres con cáncer de próstata que acuden a consulta externa en una institución de salud

**Metodología.** Estudio descriptivo, correlacional y transversal; muestreo por conveniencia con una muestra de 30 hombres con CaP. La recolección de la información se hizo mediante el uso de varios instrumentos y confiables.

**Resultados.** No existe una correlación, debido a que la muestra un tamaño de efecto débil, con una magnitud negativa y estadísticamente no significativa ( $r = -0.052$ ;  $p = .785$ ). **Discusión:** los resultados de esta investigación son similares a otros estudios donde las variables se han investigado por separado. Se ha evidenciado la importancia del Automanejo y la Percepción General del estado de Salud en el hombre con CaP, no obstante, este último puede tener un

mayor Automanejo, pero su Percepción General del Estado de salud disminuye. En el campo de enfermería es importante conocer sobre estas variables para adquirir habilidades en el manejo de esta condición crónica.

**Conclusión.** No existe relación estadísticamente significativa entre las variables. Sin embargo, la tendencia es negativa donde a Mayor Automanejo menor Percepción General del Estado de Salud.

**Palabras clave:** Automanejo, Percepción General del Estado de Salud, hombres, CaP.

## Tabla de Contenido

	Página.
Capítulo I	
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	2
1.2 Propósito	3
1.3 Marco Teórico	3
1.3.1 Ubicación del Fenómeno de Investigación en la Teoría	5
1.3.2. Estructura Conceptual, Teórica Empírica	8
1.4 Estudios Relacionados	
1.4.1 Automanejo	9
1.4.2 Percepción General del Estado de Salud	10
1.4.3 Automanejo y Percepción General del Estado de Salud	12
1.5 Definición Operacional de Conceptos	13
1.6 Objetivo General	14
1.6.1 Objetivos Específicos	14
Capítulo II	
Metodología	15
2.1 Diseño del Estudio	15
2.2 Población	15
2.3 Muestreo y Muestra	15
2.4 Criterios de Selección	15
2.4.1 Criterios de Inclusión	15

2.4.2 Criterios de Exclusión	15
2.4.3 Criterios de Eliminación	16
2.5 Instrumentos de Medición de variables	16
2.5.1 Cuestionario de Variables Sociodemográficas y Clínicas (CSDCL)	16
2.5.2 Escala Compañeros en Salud (PHS)	16
2.5.3 Cuestionario de Estado de Salud (SF-36)	17
2.6 Procedimientos	18
2.7 Consideraciones Éticas del Estudio	18
2.8 Estrategias de Análisis Estadístico	19
Capítulo III	
Resultados	20
3.1. Características Sociodemográficas	20
3.2 Confiabilidad de los Instrumentos	23
3.3 Análisis Descriptivos de las Variables de Estudio	23
3.4 Prueba de Normalidad	24
3.5 Análisis Inferencial	25
Capítulo IV	
Discusión	27
4.1 Limitaciones	29
4.2 Conclusiones	29
4.3 Recomendaciones	30
Referencias	31

## Apéndices

A. Hoja de Consentimiento Informado	39
B. Cédula de Datos Sociodemográficos y Clínicos (CSDCL). (Escobar y González, 2018)	41
C. Escala de Compañeros en Salud (PHS, de Battersby et al., 2003), validado por Córdova et al., (2014)	43
D. Cuestionario de Estado de Salud (SF-36). (Ware, Snow, Kosinski y Gandek, 1993) validado por Santos Sánchez, Linares Fleites y Cervantes (2017)	46
E. Mini Mental State Examination	56

## Lista de tablas

	Página
1. Descripción de las características sociodemográficas de hombres con CaP.	20
2. Coeficiente de Confiabilidad Global de los Instrumentos Compañeros en Salud PHS y Estado de Salud SF-36	23
3. Estadística Descriptiva de la Escala de Automanejo en Hombres con CaP	23
4. Estadística Descriptiva y Prueba de la Escala de Estado de Salud en Hombres con CaP	24
5. Prueba de bondad y ajuste Kolmogórov-Smirnov	24
6. Coeficiente de Correlación rho de Spearman	25
7. Matriz de correlación rho de Spearman de las dimensiones de las Escalas Compañeros en Salud y Escala Estado de Salud	26

## Lista de Figuras

	Página
1. Modelo conceptual de CVRS.	5
2. Ubicación del Fenómeno de Investigación en la teoría	7
3. Estructura Conceptual- Teórica- Empírica.	8

## **Capítulo I**

### **Introducción**

#### **1.1 Planteamiento del problema**

De acuerdo con el Global Cancer Observatory (GLOBOCAN, 2018), el Cáncer de Próstata (CaP), es el segundo tipo de cáncer en su prevalencia con 35,989 defunciones en hombres de 40 a 67 años; así mismo, existe una tasa de incidencia de 1,276, 106 casos registrados en el año 2018, situación que lo convierte en un problema latente de carácter social. No obstante, en América Latina, el CaP es el más común en los varones con 412 mil nuevos casos y 85 mil muertes cada año (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014). En México, la situación no es indiferente, el CaP es la primera causa de mortalidad por tumores malignos en hombres de 20 años en adelante; se estima que de cada 100,000 personas existen seis decesos atribuidos a este fenómeno, dando un acumulado de 6,915 (8.3%) defunciones; 25,049 (13.1%) casos de incidencia y una prevalencia de 55,565 casos registrados (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2015).

Aunado a esto, la falta de un programa aprobado para atender este problema dificulta la detección oportuna de este padecimiento, como consecuencia tratamientos tardíos (IMSS, 2018; Navarrete-Valero y Navarrete-Vázquez, 2018). Luego entonces, constituye uno de los principales retos sanitarios para mejorar los cuidados de enfermería comunitaria al realizar intervenciones para el automanejo que mejore la salud, situación que podría reducir mortalidad y por consecuencia tratamientos costosos; ya que en el contexto mexicano los gastos ascienden a 2218 dólares para la atención médica de forma individual de quienes lo padecen (Rascón-Pacheco, González-León, Arroyave-Loaiza y Borja-Aburto, 2019).

El hecho de recibir tratamiento, representa en los hombres con CaP, un enfrentamiento limitado que se vuelve constante por el aumento de efectos secundarios tales como disfunción urinaria, intestinal y sexual; además del bajo apoyo social manifestado por información deficiente sobre su automanejo para el control de signos y síntomas, que dé como resultado un efecto negativo sobre su salud (McCorkle et. al., 2011; Paterson, Jones, Rattray y Lauder, 2015; Paterson, Robertson y Nabi, 2015; Ream et. al., 2008).

De acuerdo con la literatura, es evidente el interés de los hombres que viven con esta condición crónica, de participar como socios activos en su propio cuidado de salud (Mróz, Chapman, Oliffe y Bottorff, 2010; Paterson et. al., 2015; Wilson, Mood, Nordstrom y Risk, 2010). Esto representa una oportunidad para conocer las dimensiones que abarca el Automanejo (AM) o capacidad del individuo para manejar signos y síntomas, tratamiento, aspectos físicos, psicosociales culturales y espirituales, en donde se puede involucrar a la familia y profesionales de la salud como enfermería, para favorecer cambios que mejoren la salud en general a pesar de su condición crónica (Lorig y Holman, 2003; Paterson et. al., 2015).

Al respecto de este último punto, sería interesante identificar la relación de las dimensiones del AM con la Percepción General del Estado de Salud (PGES), concepto que -de acuerdo con Schwartzmann (2003)-, considera la valoración que realiza una persona de acuerdo con sus propios criterios en lo fisiológico (sintomatología general, discapacidad funcional), en lo emocional (sentimientos) y en lo social (situación laboral, relaciones familiares, amistades, actividades de ocio).

Por ello, resulta importante conocer la relación del AM y la PGES en los hombres con CaP desde perspectivas teóricas de Wilson y Cleary que hablen acerca del fenómeno de

estudio para mejorar la comprensión, seguimiento y actuación de los varones ante este fenómeno social y de salud. Desde estas perspectivas conceptuales, el razonamiento sería el siguiente: Si los hombres con CaP desarrollan un conocimiento adecuado de su condición crónica que favorezca el apego al tratamiento y el manejo de sus síntomas, entonces presentarán una mejor Percepción General del Estado de Salud que se manifiesta en mejores relaciones emocionales, familiares y actividades sociales.

De acuerdo con los estudios publicados en países anglosajones y asiáticos, se han explorado alguna de las variables con el fenómeno de investigación. No obstante, es poco claro la relación que considera estos dos conceptos AM y PGES en enfermedades con alta letalidad como es el caso del CaP en población latinoamericana y de manera específica en el contexto mexicano (Banegas et. al., 2018; Chen, 2020; Cheung y Hamuro, 2018; Heidenreich et. al., 2017; Isharwal et. al., 2018; ; Koninckx et. al., 2018; Sierra, 2018; Spallek, Breckenkamp, Kraywinkel, y Schwabe, 2018; Stenner et al., 2018). Ante esta evidencia se plantea el siguiente propósito.

## **1.2 Propósito**

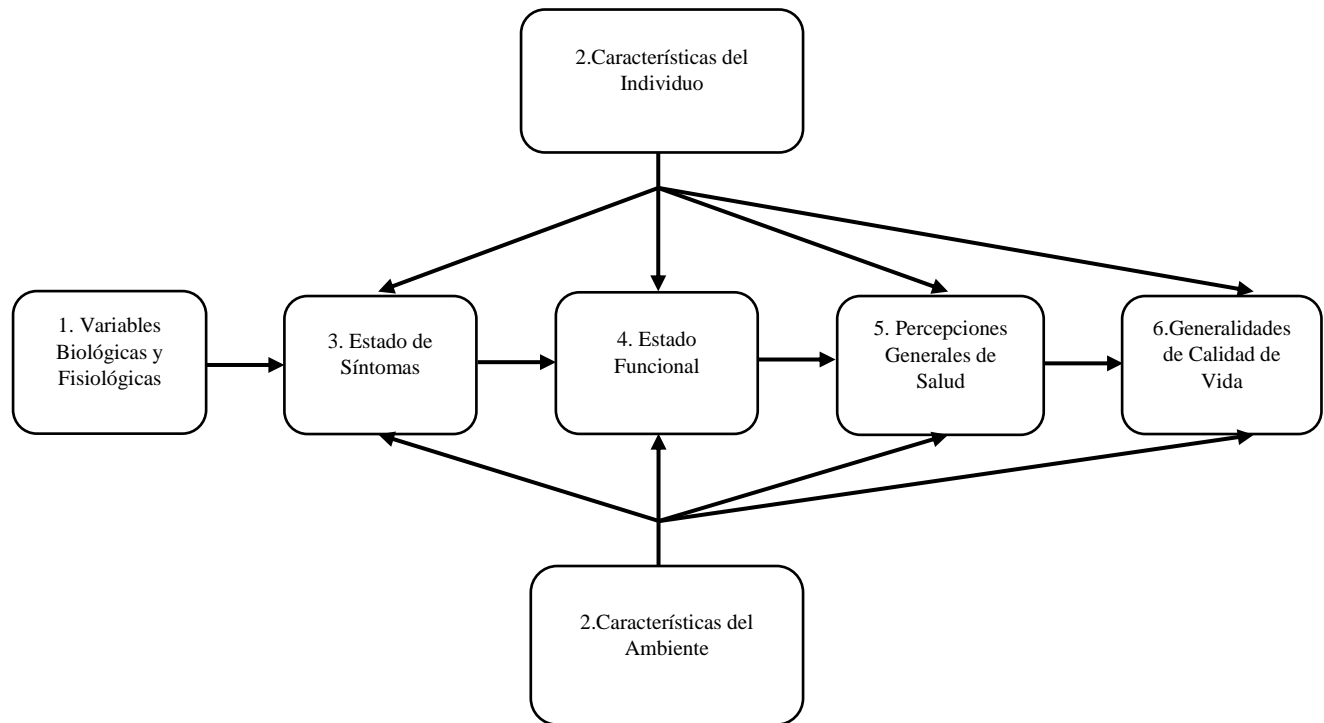
Describir la relación del Automanejo y la Percepción General del Estado de Salud en hombres con cáncer de próstata que acuden a consulta externa en una institución de salud.

## **1.3 Marco Teórico**

Para esta investigación, se consideró la teoría de rango medio Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS), misma que se define como un subconjunto que representa sentimientos, actitudes o la capacidad de experimentar satisfacción en un área de la vida identificada como personalmente importante, que ha sido interrumpida por procesos de enfermedad o déficits relacionados con la salud (Wilson y Cleary, 1995). Su objetivo es monitorear la salud de la población, evaluar el efecto de las políticas sociales y de salud,

focalizar los recursos con relación a las necesidades, diagnóstico de la naturaleza, severidad y pronóstico de una enfermedad y evaluar los efectos de un tratamiento (Ebrahim, 1995).

Su paradigma se ve integrado por dos diferentes tipos de marcos comprensivos de la salud, unos desde el aspecto clínico, enfocados en agentes etiológicos, procesos patológicos y resultados fisiológicos y clínicos, y por otro lado, desde el paradigma de las ciencias sociales, centrados en dimensiones de funcionamiento y bienestar general (Urzúa, 2010). Dentro de su construcción multidimensional cuenta con seis conceptos los cuales son: 1) *Variables biológicas y fisiológicas*, las cuales son alteraciones en la función de las células, aparatos y sistemas; 2) *Características del individuo y del ambiente*, que son de manera individual como la edad y sexo así como de aspectos ambientales si existe presencia o no de apoyo social, actividad laboral y estatus socioeconómico; 3) *Estado de síntomas*, que se define como el resultado de las relaciones complejas entre un número de variables biológicas, fisiológicas, culturales y demográficas; 4) *Estado funcional*, se refiere a la capacidad de realizar tareas específicas relacionado con aspectos como el manejo de sus síntomas, motivación, apoyo familiar y roles establecidos en su hogar; 5) *Percepciones Generales de Salud*, representa los resultados basados en conductas de salud mismos que se consideran el mejor predictor del uso del sistema de atención médica y un fuerte predictor de mortalidad, incluso cuando los factores clínicos están controlados y 6) *Generalidades de Calidad de Vida*, como la satisfacción individual de su estilo de vida (véase Figura 1).



*Figura 1.* Modelo conceptual de CVRS. propuesto por Wilson y Cleary (1995).

### 1.3.1 Ubicación del problema de investigación en la Teoría

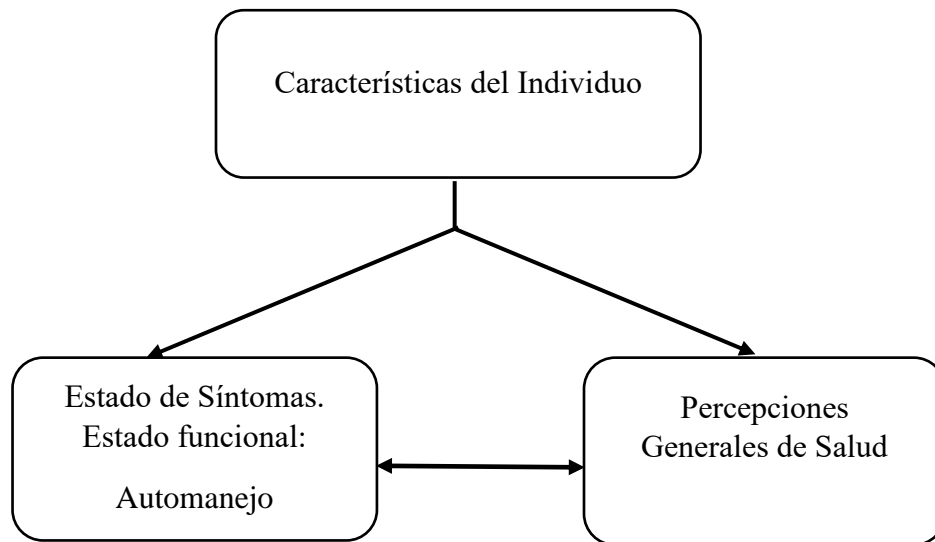
Para ubicar el problema de investigación en la teoría, a continuación, se explican los conceptos de Automanejo y Percepción General del Estado de Salud dentro de la teoría de Wilson y Cleary. Por un lado, de acuerdo Battersby, Ask, Reece, Markwick y Collins (2003), el AM se fundamenta en la identificación de seis principios: 1) tener un conocimiento amplio sobre su condición crónica; 2) seguir un plan de tratamiento o de cuidados previamente acordado con los profesionales de salud; 3) la participación activa en la toma de decisiones para la resolución de problemas mediante la utilización de recursos; 4) monitorear, manejar los signos y síntomas de su enfermedad.

Estos principios derivan del tercer constructo "Estado de síntomas", mismo que refiere a estos como el reconocimiento e informe subjetivo de cambios en los estados

físicos y psicológicos del individuo según la naturaleza de la sensación alterada y el significado que se le otorga; donde se ve involucrado una persona con una condición crónica en el uso de recursos de los sistemas de atención médica (Peterson y Bredow, 2003). 5) Gestionar las condiciones de impacto en la vida física, emocional y social y 6) adoptar estilos de vida saludables que mejoren la calidad de vida. Estos últimos, derivan del estado funcional o la capacidad de un individuo para realizar tareas específicas, mismas que se ven influidos por las cualidades individuales (motivación), los factores sociales (apoyo percibido de su familia y amigos), ambiental como el hogar, escuela o trabajo (Dapueto, 2012). Dicho lo anterior, el AM es un concepto que se convierte en una prioridad para los profesionales de Enfermería, un recurso que puede ayudar a empoderar a los pacientes con CaP y mejorar de la efectividad de las conductas individuales para enfrentar las consecuencias físicas y psicológicas de su padecimiento en el tiempo (McCorkle et. al., 2011; Paterson et. al., 2015).

Por otro lado, la Percepción General del Estado de Salud se considera como la capacidad de adaptación del organismo para responder a diversos cambios y alcanzar un equilibrio total entre las dimensiones a) estatus funcional, el cual mide la funcionalidad física, rol físico, dolor corporal; b) estatus psicológico, definido por los dominios actuales en regulación emocional, salud mental y c) funcionalidad social, referida a redes de apoyo formales e informales. También hace referencia a las evaluaciones realizadas por la persona acerca de su vitalidad y estado de salud general (Nanda y Andresen; Guyat, Feeny y Patrick, citados en Urzua, 2010; Razo Gonzáles, Díaz Castillo y López González, 2018; Simmons, 1989). Todas estas dimensiones de manera integra en el modelo de Wilson y Cleary emanan del constructo de Percepciones Generales de Salud.

Tomando en cuenta los siguientes soportes o características de la Percepción General del Estado de Salud, relacionada con el AM, el hombre con CaP podría tener mejor conocimiento y manejo de su enfermedad, compromiso con su tratamiento y mayor relación con la familia y los profesionales de Enfermería. Desde un punto de vista teórico, identificar estas relaciones, podrían resultar en la generación de herramientas que ayuden a los profesionales de salud para mejorar planes de cuidado, control de medicamentos, factores dietéticos y actividad física, que mejoren el manejo de los síntomas y uso eficiente de los servicios (véase Figura 2).



*Figura 2.* Ubicación del fenómeno de investigación en la teoría.

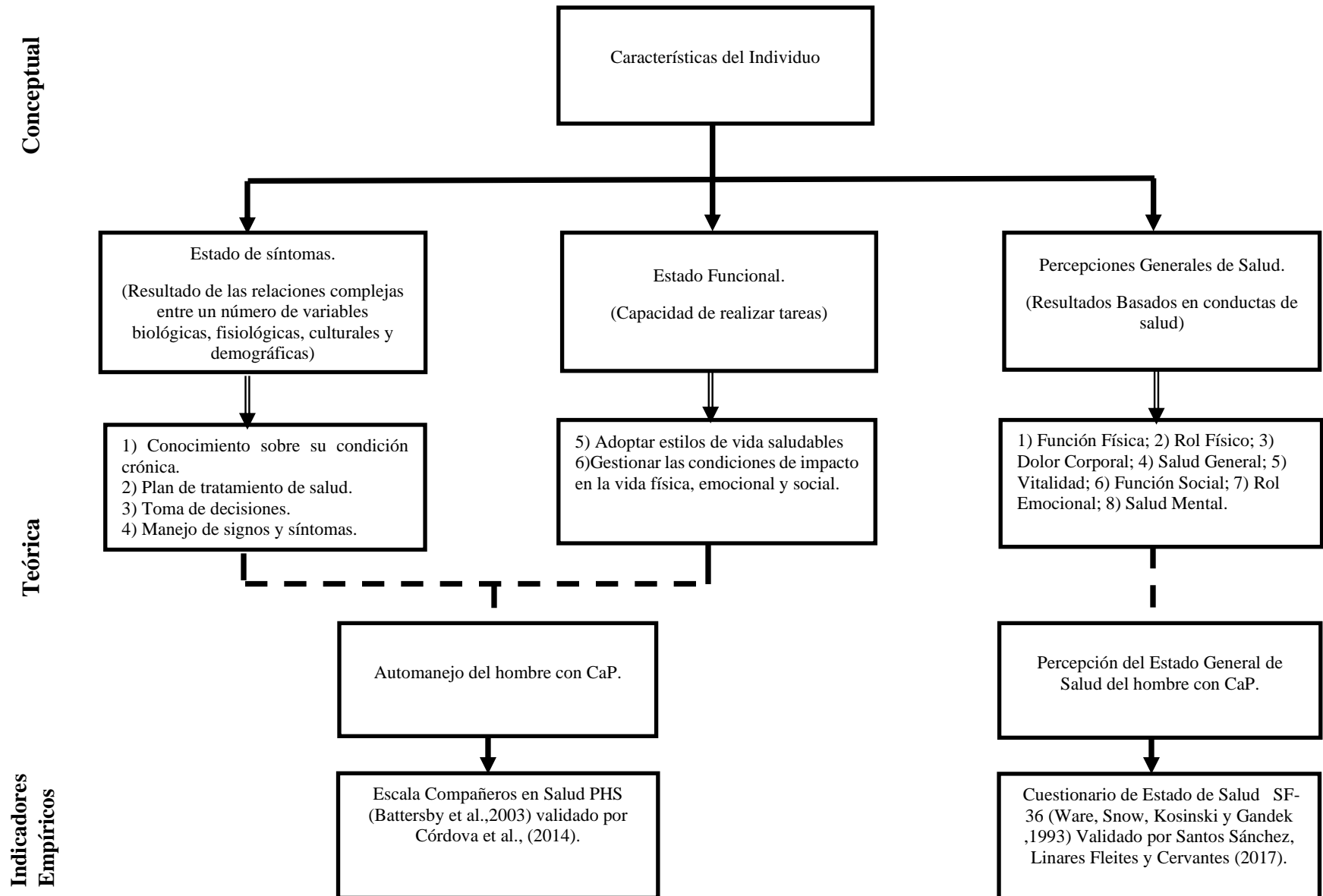


Figura 3. Estructura Conceptual- Teórica- Empírica.

## 1.4 Estudios Relacionados

### 1.4.1 Automanejo

Baskin, Kwan, Connor, Maliski y Litwin (2016), examinaron a 469 hombres con CaP con el objetivo de conocer la relación del AM y el uso de servicios médicos. El estudio fue de tipo comparativo, utilizando análisis de regresión multivariado. Las características de las pacientes fueron estratificadas y resumidas por puntuaciones de Automanejo (alta, media y baja). Los resultados de esta investigación mostraron Automanejo bajo ( $p = .033$ ) y medio ( $p = .045$ ) en el uso de servicios médicos, pero no en hombres con CaP AM alto ( $p = .115$ ). El análisis de regresión mostró que los hombres con Automanejo bajo y medio tenían tasas decrecientes (.92 y .91), sin embargo, los primeros no tuvieron significancia estadística en el uso de servicios médicos en un periodo de cuatro meses ( $p = .0633$  y  $p = .0450$  respectivamente). Por lo que concluyen que el Automanejo alto en varones con Cáncer de Próstata, tiende a aumentar con el uso de servicios médicos ( $p = .012$ ).

Watson et al., (2018), realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de conocer las experiencias de una intervención psicoeducativa en el AM de 30 hombres con CaP. Los resultados obtenidos mostraron que el 70% de los hombres sintieron que el momento óptimo para la realización de la intervención era alrededor del momento del diagnóstico o antes del final del tratamiento. En las conclusiones, los investigadores refirieron que los hombres con CaP mencionaron un mayor AM que llenó un vacío importante en la atención después de la finalización de sus tratamientos.

Iacorossi, Gambalunga, De domenico, Serra, Marzo y Carlini (2019), exploraron a 13 hombres con cáncer de próstata metastásico con el objetivo de conocer la adherencia al tratamiento hormonal oral (mCRPC) de estos. Dichos investigadores realizaron un estudio

cualitativo donde los resultados mostraron que la mayoría de los sujetos de estudio fueron tratados previamente con quimioterapia (92.3%), radioterapia (69.2%) y cirugía radical (61.5%). En el análisis de contenido, se identificó que los hombres con CaP expresan un buen nivel de adherencia, que definen de diferentes formas: la relación de ayuda con el médico tratante, el apoyo de los familiares y los pocos efectos secundarios de los medicamentos.

#### **1.4.2 Percepción General del Estado de Salud**

Akakura, Bolton, Grillo y Mermud (2020), realizaron un estudio cualitativo con el propósito de explorar las percepciones de salud en 150 hombres con CaP que viven con diferentes estadios de su padecimiento en la región de Asia y el Pacífico. Los resultados mostraron cambios en los sentimientos y el estado emocional los varones durante el viaje de su enfermedad, 67% de ellos refirió falta de conocimiento, percepciones erróneas sobre su tratamiento y la progresión de la enfermedad antes del diagnóstico; 53% de los mismos sintieron que la toma de decisiones fue poco común para controlar su afección, además de tener preocupación por el impacto de su padecimiento en actividades de la vida diaria.

Braga, Costa, Moura- Ferreira y Lunet (2020) realizaron un estudio epidemiológico en 414 hombres portugueses con el objetivo de estimar la prevalencia del cáncer de próstata y la percepción del estado de salud. Los resultados mostraron que los hombres percibían tener conocimiento parcial de su enfermedad (55.8%), tratamientos eficaces (31.3%) y mejor percepción de su estado de salud (55.1%). Los autores concluyeron que los hombres con mayor PES pueden beneficiarse en la detección temprana y oportuna del CaP.

Castaño-Vergara y Cardona-Arango (2015) realizaron un estudio descriptivo en 104 adultos mayores con el propósito de analizar los factores sociodemográficos y servicios de salud asociados a la percepción del estado de salud. Se realizó un análisis multivariado a través de

regresión logística. El concepto de PES contenía inicialmente cinco categorías de respuesta, que fueron agrupadas en buena (excelente, muy bueno, bueno) y mala (regular y mala). Los resultados mostraron que el 64 % de los adultos mayores encuestados perciben un buen estado de salud relacionado con apoyo social ( $\chi^2 = .119$   $p = .03$ ). Los investigadores llegaron a la conclusión que los hombres que presentan mayor de edad (52%), tener comorbilidades (51.4%), no recibir tratamientos (10.9%) y poca accesibilidad a otros servicios de salud (29.8%), están asociados a una baja autopercepción del estado de salud ( $\chi^2 = .185$   $p = .02$ ).

Gajardo et al., (2020) describieron la percepción en salud de 28 hombres después de la aplicación de un programa de reactivación física, con el objetivo de conocer el funcionamiento global y los beneficios de este. Llevaron a cabo un estudio cualitativo donde los resultados mostraron que los varones tuvieron reducción de la soledad y el aislamiento, reactivación física. En conclusión, la reactivación física se relaciona con la participación de los sujetos de estudio en actividades y uso de recursos de apoyo dentro de la comunidad.

Navarro, Salazar-Fernández, Schnettler y Denegri (2020) evaluaron en 126 hombres la asociación de la autopercepción de la salud y apoyo social con. Los resultados mostraron la relación entre las variables de estudio es estadísticamente significativa ( $\chi^2 = .406$   $p = .005$ ). En conclusión, la autopercepción de salud parece respaldar la importancia de contar con apoyo social de amigos, pues se ha demostrado ser un factor protector de la salud y de la longevidad.

Peláez, Débora Acosta y Delia Carrizo (2015) realizaron un estudio asociativo en 170 hombres adultos con el objetivo de evaluar los factores que influyen en la autopercepción de salud. Los resultados mostraron que los hombres tenían una autopercepción positiva de salud (60.1%), esto relacionado con apoyo social percibido y satisfacción con la vida pese a contar con

una o más enfermedades crónicas ( $\chi^2 = .502$   $p = .001$ ). Se concluye que la autopercepción de salud de los hombres se ve influida por grupos de apoyo.

### **1.4.3 Automanejo y Percepción General del Estado de Salud**

Chavan, Kedia, Mzayek, Anh y Yu (2020), realizaron un estudio en 7,617 adultos mayores sobrevivientes de cáncer con el propósito de analizar el impacto de las limitaciones físicas, funcionales y el uso de servicios hospitalarios con la PGES. Los investigadores utilizaron regresión logística para resultados binarios (por ejemplo, alguna vez ha tenido hospitalización y visita al servicio de urgencias) y la regresión de Poisson fue utilizado para contar las variables (por ejemplo, el número de hospitalizaciones, reingresos y número de urgencias visitas). El análisis de supervivencia con riesgo proporcional de Cox Se utilizó el modelo para predecir la mortalidad. Los resultados mostraron que aquellos hombres con PGES baja tenían más limitaciones físicas (57.40%) en comparación con los que informaron de buenas a excelentes percepciones de su estado de salud (42.83%). Las diferencias entre los dos grupos fueron estadísticamente significativas ( $p = .001$ ). El número de hospitalizaciones fueron 21% más altos en aquellos con PGES regular o mala (aRR, 1,21; IC del 95%, 1,14-1,28;  $p = .05$ ); un 7% más alto con limitación de actividades de la vida diaria (aRR, 1,07; 95% IC, 1,01–1,13;  $p = .05$ ) en comparación con los que informaron de una buena o excelente Percepción del Estado de Salud, (aRR, 1,13; IC del 95%, 1,07-1,19;  $p = .001$ ). Por lo tanto, la conclusión de su investigación fue que la autopercepción de salud es un predictor para la mortalidad entre los sobrevivientes de cáncer (Hazard ratio, 2.81; IC del 95%, 2,81-2,82,  $p = .001$ ).

Paterson, Robertson y Nabi (2015), evaluaron el automanejo, apoyo social y el afrontamiento negativo de 74 hombres con CaP en dos hospitales de Reino Unido. El tipo de estudio realizado fue comparativo longitudinal. se utilizó modelos de regresión lineal donde

mostró que el apoyo social percibido ( $p = 0,014$ ) al inicio del estudio predijo un mejor automanejo ( $\beta = 0,278$  a los seis meses, mismo que aumentó del 44,9 % al inicio al 52,2% en dos meses. Sin embargo, hubo una reducción del mismo al final de los 6 meses ( $t = 3.17, p = .002$ ). El afrontamiento negativo ( $\beta = .381, p = 0.002$ ) y percepción El apoyo social ( $\beta = .243, p = 0,029$ ) tuvieron mayor predicción de depresión. En conclusión, a pesar de los esfuerzos de automanejo de los hombres y el uso de apoyo social en horas extras, este se redujo significativamente a los seis meses ( $p = .05$ ).

### **1.5 Definición Operacional de Conceptos**

Automanejo se define como la capacidad o habilidad del individuo con CaP conocimiento sobre su condición crónica, plan de tratamiento de salud, toma de decisiones, manejo de signos y síntomas además de adoptar estilos de vida saludables y gestionar las condiciones de impacto en la vida física, emocional y social. El concepto AM será medido a través del instrumento Compañeros en Salud (PHS) elaborado por Battersby et al., (2003) y validado en contexto mexicano por Peñarrieta de Córdova et al., (2014).

Percepción General del Estado de Salud se define como la percepción del individuo con CaP que representa la capacidad de experimentar satisfacción en dimensiones tales como función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Esta variable PGES será medida a través del instrumento Escala de Estado de Salud SF-36 elaborado por Ware et al., (1993) mismo que ha sido validado en contexto poblano por Santos Sánchez et al., (2017).

## **1.6 Objetivo General**

Describir la relación del Automanejo con la Percepción General del Estado de Salud en hombres con cáncer de próstata que acuden a consulta externa en una institución de salud de segundo nivel de atención.

### **1.6.1 Objetivos específicos**

- 1) Describir las características sociodemográficas de la muestra de estudio
- 2) Describir los puntajes de automanejo en hombres con cáncer de próstata que acuden a consulta externa en una institución de salud de segundo nivel de atención.
- 3) Describir los puntajes de Percepción General del Estado de Salud en hombres con cáncer de próstata que acuden a consulta externa en una institución de salud de segundo nivel de atención.
- 4) Determinar la relación del automanejo y Percepción General del Estado de Salud en hombres con cáncer de próstata que acuden a consulta externa en una institución de salud de segundo nivel de atención
- 5) Determinar el porcentaje de la varianza explicada de la variable independiente sobre la variable dependiente.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

#### **2.1 Diseño del Estudio**

Diseño descriptivo, correlacional y de alcance transversal (Grove, Gray y Burns, 2016). Este diseño es ideal para describir y determinar la relación entre las variables Automanejo y Percepción General del Estado de Salud en hombres con CaP en un periodo determinado.

#### **2.2 Población**

Hombres con Cáncer de Próstata derechohabientes del área de oncología que acuden a consulta externa en una institución de salud de segundo nivel de atención.

#### **2.3 Muestreo y Muestra**

El muestreo fue por conveniencia (Grove, Gray y Burns, 2016), dado que se trataba de una población previamente conocida. La muestra se calculó por análisis de potencia, con un efecto estimado y poder estadístico de .80, con un nivel de significancia de .05, obteniendo una  $n = 25$  hombres con CaP. Para fines de lograr una distribución normal de los datos, se incrementó el número de sujetos de estudio, quedando una  $n = 30$ .

#### **2.4. Criterios de Selección**

##### **2.4.1 Criterios de Inclusión.**

Hombres de 60 a 80 años, derechohabientes una institución de salud de segundo nivel de atención, diagnosticados con CaP en fases I y II con tratamiento adyuvante o neoadyuvante, que hablen y escriban español con previa firma de consentimiento informado.

##### **2.4.2 Criterios de Exclusión.**

Aquellos participantes que al momento de levantamiento de datos se nieguen a participar en el estudio.

### **2.4.3 Criterios de Eliminación.**

Participantes que retiren su consentimiento a participar a pesar de haber llenado los instrumentos o aquellos sujetos de estudio que se encuentren con datos de deterioro cognitivo de acuerdo con los puntajes del Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein y McHugh, 1975) véase en el Apéndice D.

## **2.5 Instrumentos de Medición de Variables**

Para reunir los datos de la muestra de estudio se emplearon una Cédula de Datos Sociodemográficos y Clínicos, la Escala Compañeros en Salud y la Escala de Estado de Salud SF-36, que a continuación se describen.

### **2.5.1 Cuestionario de Variables Sociodemográficas y Clínicas (CSDCL).**

El cuestionario de Variables Sociodemográficas y Clínicas fue elaborado por Escobar y González (2019). Está compuesto por 14 ítems en total, en el cual se estudian las características de la población como: edad, género, religión, estado civil, número de hijos, personas con las que vive en su domicilio, lugar de procedencia, escolaridad, ocupación actual. De igual forma se tomarán en cuenta algunas variables clínicas: tiempo que padece la enfermedad, la etapa de cáncer, tipo de tratamiento que recibe, tiempo que lleva con el tratamiento y el número de sesiones que ha tenido del mismo que ha recibido hasta la actualidad el hombre con CaP.

### **2.5.2 Escala Compañeros en Salud (PHS).**

Es un instrumento desarrollado por los investigadores Battersby et al., (2003) de la Universidad de Flinders, Australia. El propósito de dicha escala es evaluar el Automanejo de salud para el paciente con una condición crónica. La escala es tipo Likert la cual consta de 12 preguntas que va de una puntuación de 0 a 8, su interpretación es a mayor puntaje mejor automanejo. La escala fue adaptado y validado en México por Peñarrieta-de Córdova, Flores,

Gutierrez-Gomez, Piñonez-Martinez y Castañeda-Hidalgo (2013), donde su estructura factorial de tres dimensiones: 1) conocimiento de su enfermedad (ítems 1 y 2), 2) adherencia al tratamiento (Ítems 3, 4, 5, 6, 7 y 8) y 3) manejo de signos y síntomas (ítems 9, 10, 11 y 12). Los puntos de corte son:  $\leq 73$  representa AM bajo, 74-88 es automanejo medio y  $\geq 89$  figura AM alto. Su alfa de Cronbach es de .80 en población mexicana lo que indica una buena confiabilidad del instrumento ( DeVellis, 2003).

### **2.5.3 Escala de Estado de Salud (SF-36).**

Es una Escala genérica auto aplicada, la cual fue elaborada por Ware, Snow, Kosinski y Gandek (1993) para evaluar la Percepción General del Estado de Salud en la población general. Este instrumento contiene 36 preguntas con formato Likert de cuatro a cinco opciones de respuesta (de mala a excelente, de sí me limita mucho a nada en absoluto, de nada a demasiado, de ninguno a muy severo, de siempre a nunca) donde están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para cada dimensión del SF-36, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala con recorrido desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud) utilizando los algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de puntuación e interpretación del cuestionario. Cuenta con ocho dimensiones: función física (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12); rol físico (13, 14, 15, 16); dolor corporal (21, 22); salud general la cual se entiende como la valoración personal de la salud actual, las perspectivas en el futuro de esta y la resistencia a enfermar (1, 34, 36, 2); vitalidad (23, 27); función social (33, 35); rol emocional (17, 18, 20) y salud mental (19, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32). Dicho instrumento ha sido aplicado en contexto Poblano por Santos Sánchez (2017) donde se obtuvo un alfa de Cronbach de .93 lo que indica una muy buena confiabilidad (DeVellis, 2003).

## **2.6 Procedimientos**

Previa revisión y aprobación del proyecto de tesis por parte de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de la Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Se solicitó la autorización por parte del Departamento de Enseñanza y Comité de Ética del hospital seleccionado que cuenta con área de consulta externa de Oncología en la que fue aplicado el estudio, también se pidió una copia del censo nominal de los hombres con CaP para cubrir los requisitos del muestreo por conveniencia.

Una vez obtenida la autorización de dicha unidad, se seleccionó a los participantes. De manera posterior, el investigador acudió a la unidad de salud para reclutar a los hombres a participar en el estudio previa información del objetivo de este y del contenido de los instrumentos. A las personas que aceptaron participar, se procedió a la aplicación. Posterior a este examen, se les entregó el consentimiento informado por escrito apegado al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación (apéndice A). una vez firmado, el investigador procedió a la aplicación de la Cédula de Datos sociodemográficos y Clínicos (apéndices B); de forma posterior se aplicaron la Escala Compañeros en Salud PHS y la Escala de Estado de Salud SF-36 (apéndice C y D). Todos los instrumentos fueron revisados por el investigador antes de retirarse de la unidad de Oncología con el fin de cerciorarse que todas las preguntas estuvieran contestadas. Se agradeció a los participantes su colaboración y el investigador se retiró de dicho lugar.

## **2.7 Consideraciones Éticas del Estudio**

El estudio se apegó a los lineamientos que establece el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Agenda de Salud, 2011:1984). En él prevaleció desde su inicio hasta su terminación el respeto a la dignidad y la protección de los derechos de las personas que participaron en el estudio. De igual forma se guardó sus garantías individuales y su bienestar

durante el desarrollo de este (Capítulo I, Artículo 13). Se tomó en cuenta lo establecido en el Título Segundo sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, por lo que se solicitó el consentimiento informado por escrito (Artículo 14, Fracción V, Artículo 22, Fracción II), se les explicó claramente la justificación y los objetivos de la investigación (Artículo 17, Fracción I, Artículo 21, Fracción I), así como el procedimiento para contestar los instrumentos y la libertad de retirarse del estudio en el momento que ellos lo decidieran. Para garantizar su anonimato, el estudio se apego a los artículos 6, 7 y 8 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (2010).

## **2.8 Estrategias de Análisis Estadístico**

Para esta investigación, los datos fueron procesados mediante el Paquete Estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences) de IBM. Para su análisis se utilizaron estadísticos descriptivos: frecuencias, porcentajes media y desviación estándar. El coeficiente de confiabilidad de los instrumentos se obtuvo a través del alfa de Cronbach y la curva de normalidad de los datos mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S). Para facilitar el análisis estadístico, los datos crudos de ambas escalas fueron transformadas a índices con valor de 0 a 100. En virtud de los resultados de la prueba de normalidad, se utilizó la correlación de Spearman, finalmente se concluyó con un análisis de regresión lineal simple.

## Capítulo III

### Resultados

En este capítulo se presentan los resultados correspondientes obtenidos del estudio, donde se tomaron 30 hombres con Cáncer de Próstata en tratamiento. Dichos datos se presentan en el siguiente orden a) características sociodemográficas y clínicas, b) confiabilidad de los instrumentos, c) análisis descriptivo, d) prueba de normalidad y e) análisis inferencial.

#### 3.1 Características Sociodemográficas y Clínicas de los Sujetos de Estudio.

En este apartado se describen los datos sociodemográficos y clínicos de los participantes en las siguientes tablas.

Tabla 1

#### *Descripción de las características sociodemográficas de hombres con CaP*

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>Edad de los pacientes</b>		
de 60 a 65 años	7	23.3
de 66 a 70 años	9	30.0
de 71 a 75 años	11	36.7
de 76 a 80 años	3	10.7
<b>Religión</b>		
Católico	25	83.3
Cristiano	2	6.7
Otros (Ninguna)	3	10.0
<b>Estado Civil de los Participantes</b>		
Soltero	3	10.0
Casado	22	73.3
Unión Libre	5	16.7

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Clínico (CSDCL- E y G. Primavera 2020. Nota: *f* = frecuencia; *%* = porcentaje; *n* = muestra

*n*=30

*Continuación de la tabla 1*

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>Número de hijos que tienen</b>		
Ninguno	1	3.3
1-4 hijos	16	53.3
más de 5 hijos	13	43.3
<b>Número de personas con las que vive</b>		
1-4 personas	15	50.0
5-8 personas	13	43.3
más de 9 personas	2	6.7
<b>Lugar de Procedencia</b>		
zona Capital	12	40.0
zona rural del Estado de Puebla	13	43.3
Otro Estado	5	16.7
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	22	73.3
Secundaria	3	10.0
Bachillerato	3	10.0
Universidad	2	6.7
<b>Ocupación</b>		
Obrero	1	3.3
Campesino	8	26.7
Comerciante	5	16.7
Ninguna	14	46.7
Otros	2	6.7
<b><i>Datos clínicos</i></b>		
<b>Tiempo que padece la enfermedad</b>		
de 3 a 11 meses	3	10.0
de 12 a 24 meses	8	26.7
de 25 a 36 meses	4	13.3

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Clínico (CSDCL- E y L. Primavera 2020. Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = muestra.

*n*=30

*Continuación de la tabla 1*

<i>Variables</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
de 37 a 48 meses	3	10.0
de 49 a 60 meses	5	16.7
más de 60 meses	7	23.3
Etapa del cáncer		
Etapa I	17	56.7
Etapa II	13	43.3
Tipo de tratamiento que recibe		
Cirugía	3	10.0
Quimioterapia	14	46.7
Quimioterapia radiación y cirugía	13	43.3
Tiempo de recibir tratamiento		
de 3 a 11 meses	10	33.3
de 12 a 24 meses	8	26.7
de 25 a 36 meses	1	3.3
de 37 a 48 meses	4	13.3
de 49 a 60 meses	1	10.0
de 60 meses en adelante	4	13.3
Numero de sesiones		
de 1 a 15 sesiones	9	30.0
de 16 a 30 sesiones	10	33.3
de 31 a 45 sesiones	7	23.3
más de 45 sesiones	4	13.3

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Clínico (CSDCL- E y L. Primavera 2020. Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = muestra.

*n*=30

En la tabla 1 se puede observar los datos sobre la muestra de estudio; de los cuales el 100% son adultos mayores, 90% profesó una religión, mismo porcentaje en el hecho de contar con una pareja. Si bien es importante mencionar que el 96.3% de los hombres con CaP refirió tener hijos; el 93.3% de estos hombres indicó cohabitar en su domicilio con una o hasta ocho personas además de haber referido ser foráneos (60%). En otro aspecto, el 83.3% de los sujetos

de estudio presentó educación básica, así como el 53.4% señaló tener una actividad laboral. Respecto a las características clínicas de la población de estudio se puede observar que el 40% tiene de uno a tres años con el CaP en etapa II (66.7%); así como el hecho de recibir más dos tratamientos (90%) en un periodo de tiempo que va de uno a tres años (63.3%) con número de sesiones recibidas que van desde 16 hasta 45 sesiones (56.6%).

### 3.2 Confiabilidad del Instrumento

Para determinar la confiabilidad de los instrumentos, se utilizó el Coeficiente de alfa de Cronbach. La interpretación de los datos obtenidos se da a conocer en la siguiente tabla.

Tabla 2

*Coeficiente de confiabilidad global de los instrumentos Compañeros en Salud PHS y Estado de Salud SF-36*

No.	Instrumento	No. de Reactivos	$\alpha$
1	Compañeros en Salud	12	.71
2	Estado de Salud	36	.89

Fuente: PHS, SF-36. Primavera, 2020 n = 30

### 3.3 Análisis Descriptivo de las Variables de Estudio

Los objetivos específicos dos y tres, establecieron describir los puntajes de las dos variables de interés. Los resultados se muestran en las siguientes tablas.

Tabla 3

*Estadística descriptiva de la escala de Compañeros en Salud en hombres con CaP*

Variable	Puntos de corte	f	%
Automanejo bajo	0 a 73	2	6.7
Automanejo medio	74 a 88	18	60.0
Automanejo alto	89-100	10	33.3

Fuente: Escala de Compañeros en Salud PHS (Battersby et al., 2003). Primavera, 2020 n=30

Nota: f = frecuencia; % = porcentaje; n = muestra

Tabla 4

*Estadística descriptiva, de la escala de Estado de Salud en hombres con CaP*

Variable	Puntos de corte	<i>f</i>	%
Peor Estado de Salud	0 a 50	4	13.3
Mejor Estado de Salud	51 a 100	26	86.7

Fuente: SF-36. (Ware et al., 1993)  
Primavera, 2020  
Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = muestra. *n* = 30

Por una parte, en la tabla 3 se puede observar que la mayoría de los hombres con CaP (60%) presentan un nivel medio de Automanejo. Por otra parte, la tabla 4 se aprecia que los mismos sujetos de estudio refieren tener mejor Estado de Salud (86.7%) pese a su condición crónica.

### 3.4 Prueba de Normalidad

La tabla 5, describe el resultado de la prueba de normalidad a la que fueron sometidos los datos de los valores totales de los instrumentos utilizados para esta investigación.

Tabla 5

*Prueba de bondad y ajuste Kolmogórov-Smirnov*

Variable	$\bar{X}$	DE	Valor Mín.	Valor Máx.	<i>K-S</i>	Valor de <i>p</i>
Escala compañeros en Salud (PHS)	85.00	7.55	71	100	.090	.200
Estado de Salud (SF-36)	65.	14.31	32	94	.209	.002

Fuente: PHS, SF-36. *n* = 30  
Nota:  $\bar{X}$  = media aritmética; DE= Desviación Estándar; K-S= Kolmogórov-Smirnov; *p* = significancia estadística

Los resultados mostraron que la Escala Estado de Salud no presentó significancia estadística

( $p = .200$ ), no obstante, la Escala Compañeros en Salud mostró una distribución normal. En virtud de los resultados, se aplicó estadística no paramétrica; por lo tanto, se aplicó la correlación de Spearman.

### 3.5 Análisis Inferencial

Con el fin de cubrir el objetivo específico cuatro que se planteó en este estudio se construyó una matriz de correlación de  $\rho$  de Spearman entre el nivel de Automanejo y la Percepción General del Estado de Salud. Se puede observar que no existe correlación, puesto que presenta un tamaño de efecto débil, magnitud negativa y es estadísticamente no significativa ( $r = -.052$ ;  $p = .785$ ).

Tabla 6

*Coefficiente de correlación rho de Spearman*

Variable	Automanejo	Percepción General del Estado de Salud	Valor de $p$
Automanejo	1	-.052	.785
Percepción General del Estado de Salud	-.052	1	.785
PHS, SF-36 (2020).			$n = 30$

En virtud de que los resultados que están en la tabla 6, no se consideró necesario correr la regresión lineal simple para determinar el porcentaje de la varianza. Sin embargo, para determinar la tendencia en las correlaciones; se hizo un análisis entre las dimensiones de las variables Automanejo y la Percepción General del Estado de Salud que se muestran en la siguiente tabla.

En la tabla 7, la dimensión Adherencia al tratamiento del instrumento PHS, se correlaciona con seis de ocho dimensiones con una dirección negativa, aunque el tamaño de efecto sigue siendo pequeño, no es estadísticamente significativo.

Matriz de correlación rho de Spearman de las dimensiones de las escalas Compañeros en Salud y Escala Estado de Salud.

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	PHS	1												
2	Conocimiento de la enfermedad.	.542 .002	1											
3	Adherencia al tratamiento.	.923 .000	.408 .025	1										
4	Manejo de signos y síntomas.	.662 .000	.054 .777	.536 .002	1									
5	SF-36.	-.052 .785	.158 .404	-.156 .409	.108 .571	1								
6	Funcionalidad física.	.087 .648	.040 .835	.119 .533	.180 .341	.683 .000	1							
7	Rol físico.	.187 .324	.283 .130	.125 .509	.065 .732	.573 .001	.266 .155	1						
8	Dolor corporal.	-.072 .703	.127 .502	-.151 .426	.040 .835	.540 .002	.462 .010	.169 .372	1					
9	Salud general.	-.067 .727	-.057 .763	-.173 .361	.213 .259	.693 .000	.310 .095	.310 .095	.274 .142	1				
10	Vitalidad.	-.088 .643	.311 .094	-.244 .195	-.062 .745	.763 .000	.295 .114	.516 .003	.331 .074	.551 .002	1			
11	Función social.	.054 .776	.235 .212	-.065 .732	.202 .284	.737 .000	.534 .002	.362 .049	.583 .001	.359 .051	.461 .010	1		
12	Rol emocional.	-.159 .400	-.232 .218	-.128 .499	.082 .666	.176 .352	.133 .482	.203 .282	.154 .416	.227 .227	-.017 .930	.226 .230	1	
13	Salud mental.	-.148 .436	.091 .633	-.298 .110	.034 .858	.513 .004	.225 .231	.274 .143	.274 .142	.277 .138	.375 .041	.515 .004	.195 .303	1

PHS, SF-36 (2020)

n= 30

## Capítulo IV

### Discusión

El objetivo de esta investigación fue describir la relación del Automanejo con la Percepción General del Estado de Salud en hombres con cáncer de próstata que acuden a consulta externa en una institución de salud de segundo nivel de atención. Los resultados indicaron que los hombres con CaP son adultos mayores con educación básica, laboralmente activos además de contar con familias numerosas que se encuentran en hacinamiento. Estos hallazgos son similares a los obtenidos por Castaño- Vergara et al., (2015) Navarro et al., y (2020) Peláez et al., (2015); donde la mayor proporción de estos sujetos de estudio se encontraron en un estrato socioeconómico bajo, condición que los obligó a ser proveedores económicos de la familia pese a su condición crónica.

Respecto a las características clínicas de los hombres con CaP, se puede observar que la mayoría de estos se encontró en etapa II de su enfermedad con una temporalidad de uno a tres años de padecerla similar al tiempo de recibir tratamientos prolongados tales como quimioterapia, radiación y cirugía. Esta situación no es similar en el estudio de Iacorossi et al., (2019), donde los hombres con CaP tenían dificultad para recibir alguno de los tratamientos ya mencionados además de tener repercusiones en la percepción errónea de la temporalidad y efectividad de un régimen terapéutico para reducir la progresión de su padecimiento a otra etapa (Castaño-Vergara y Cardona-Arango, 2015; Braga et al., 2020). En este sentido, se pudo observar que los hombres con CaP con menor adherencia al tratamiento tenían mayor dolor corporal, además de contar con menor vitalidad, funcionalidad social, salud general y mental. Por ello, la figura de la enfermera es indispensable puesto que es un profesional de la salud que

demuestra su eficiencia en la creación y facilitación de cuidados que ayuden al hombre con CaP en la adopción de hábitos alimenticios y actividad física que mejoren la funcionalidad física y la PGES.

En el mismo orden de ideas, respecto al Automanejo considerado como la capacidad de manejar y vivir con una condición crónica, se evidenció en este estudio que los hombres con CaP de esta investigación tenían un AM medio; misma situación concuerda con los hallazgos de Baskin et al., en el año 2016 donde los varones con este padecimiento tenían el mismo nivel de automanejo con datos estadísticamente significativos. Sin embargo, Akakura et al., (2020), refirieron que los sujetos de estudio mencionaron tener falta de conocimiento acerca de su enfermedad. No obstante, Braga et al., sustentaron en su estudio que los hombres con cáncer de próstata tenían conocimiento parcial de su padecimiento. Esta problemática puede atribuirse al grado escolaridad, puesto que la población de esta investigación cuenta con primaria, lo que podría dificultar la comprensión y seguimiento de la adherencia terapéutica, así como el control de signos y síntomas establecida por un profesional de Enfermería. Por lo tanto, esto puede repercutir en la eficacia de un plan de cuidados y aplicación de intervenciones de Enfermería (Braga et al., 2020; Watson et al., 2018).

Así mismo, la PGES considerada como la capacidad del organismo para responder a los cambios que se presenten en un periodo de tiempo determinado, se puede mencionar que, aquellos hombres con CaP que participaron en esta investigación mostraron una mejor PGES debido a la función social que tuvo correlaciones estadísticamente significativas con aspectos físicos. Estos resultados concuerdan los hallazgos de Castaño et al., (2015), mostraron que los adultos mayores encuestados perciben un buen estado de salud asociado con apoyo social; mismo fenómeno se ve expresado en el trabajo publicado de Gajardo et al., (2020), donde los

varones tuvieron reducción de la soledad y el aislamiento, y la reactivación física al momento de interactuar con otros grupos de apoyo de la comunidad. Respecto al análisis inferencial, no se encontró ninguna relación significativa entre AM y PGES en hombres con CaP, es decir, conforme a lo reportado por otros autores como Chavan, Kedia, Mzayek, Anh y Yu, (2020), además de Paterson et al.,(2015). Por lo que estos resultados no pretenden generalizar, además de mencionar que la teoría seleccionada quedo corta para explicar una pequeña realidad de la situación que viven los hombres con esta condición crónica en el contexto, individual, familiar y social.

#### Limitaciones.

Dentro de las limitaciones que presentó el estudio fueron las siguientes 1) el diseño transversal no permite explicar más allá del momento; sin embargo, dado que estas variables no habían sido anteriormente correlacionadas, el diseño fue ideal para hacer un acercamiento exploratorio al fenómeno de estudio; 2) el trabajo con adultos mayores el cual requirió de paciencia se sabe que en el proceso de envejecimiento hay un cierto deterioro cognitivo. Sin embargo, en este trabajo se aplicó el examen Mini Mental previamente al llenado de los instrumentos para identificar que los sujetos de estudio no presenten dicha condición y 3) el bajo reclutamiento de los hombres con CaP a razón de la pandemia COVID- 19, lo que limitó la recolección de los datos. No obstante, la muestra fue calculada por análisis de potencia donde se presentó una proporción de esta representada suficientemente robusta para realizar correlaciones en una prueba piloto. Sin embargo, no se obtuvo significancia estadística en los ejercicios realizados en este estudio.

### Conclusión.

No existe relación estadísticamente significativa entre las variables de Automanejo y Percepción General del Estado de Salud en hombres con Cáncer de Próstata. Aunque el tamaño de efecto sea pequeño, puede hacer que el automanejo sea mayor en los sujetos de estudio, pero disminuya la Percepción General del Estado de salud en estos. En otro aspecto, se encontró la existencia tendencias negativas entre la dimensión adherencia al tratamiento misma que se relaciona con la mayoría de las dimensiones que componen al SF-36 tales como vitalidad, salud mental, dolor corporal y funcionalidad social.

### Recomendaciones

Las recomendaciones son: 1) aumentar el número de sujetos de la muestra; y 2) abarcar otras entidades federativas para obtener mayor riqueza de información de los sujetos de estudio.

## Referencias

- Aapro, M. S., Scotté, F., Escobar, Y., Celio, L., Berman, R. D., Franceschetti, A. y Jordan, K.(2018). 16810Evaluation of practice patterns for prevention of chemotherapy (CT)-induced nausea and vomiting (CINV) and antiemetic guidelines (GLs) adherence based on real-world prescribing data. *Annals of Oncology*, 29(suppl\_8), 626–627.
- Adam, S., Feller, A., Rohrmann, S., y Arndt, V. (2018). Health-related quality of life among long-term ( $\geq 5$ years) prostate cancer survivors by primary intervention: A systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1–14.
- Akakura, K., Bolton, D., Grillo, V., & Mermod, N. (2020). Not all prostate cancer is the same - patient perceptions: an Asia-Pacific region study. *BJU International*, 126, 38-45.
- Anota, A., Mariet, A. S., Maingon, P., Joly, F., Bosset, J. F., Guizard, A. V, y Mercier, M.(2016).Cross-cultural adaptation and validation of the French version of the Expanded Prostate cancer Index Composite questionnaire for health-related quality of life in prostate cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1).
- Banegas, M. P., Emerson, M. A., Adams, A. S., Achacoso, N. S., Chawla, N., Alexeeff, S., y Habel, L. A. (2018). Patterns of medication adherence in a multi-ethnic cohort of prevalent statin users diagnosed with breast, prostate, or colorectal cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 794–802.
- Baskin, A. S., Kwan, L., Connor, S. E., Maliski, S. L., y Litwin, M. S. (2016). Low self-efficacy is associated with decreased emergency department use in underserved men with prostate cancer. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 34(1), 15-21.
- Bertan, C., y Castro, E. K. De. (2018). Conductas de autocuidado y salud del hombre : el cáncer de próstata como ejemplo 15, 80–89.

- Braga, R., Costa, A. R., Pina, F., Moura-Ferreira, P., y Lunet, N. (2020). Prostate cancer screening in Portugal. *European Journal of Cancer Prevention*, 29(3), 248-251.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., y Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424.  
<https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Castaño Vergara, D. M., y Cardona Arango, D. (2015). Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Revista de Salud Pública*, 17(2), 171-183.
- Chavan, P. P., Kedia, S. K., Mzayek, F., Ahn, S. N., & Yu, X. (2020). Impact of self-assessed health status and physical and functional limitations on healthcare utilization and mortality among older cancer survivors in US. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2-13.
- Chen, R. (2020). Machine learning based predictive model of early mortality in stage III and IV prostate cancer. *medRxiv*, 2-8. <https://doi.org/10.1101/2020.04.15.20065938>
- Cheung, S., y Hamuro, Y. (2018). Treatment pathways of Japanese prostate cancer patients a retrospective transition analysis with administrative data, 1–15.
- Christian, R., Juan, F. O., y Alejandro, M. C. (2018). Detección precoz de cáncer de próstata: Controversias y recomendaciones actuales. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(2), 128–135.
- Córdova, I. P., Barrios, F. F, Gutiérrez-Gómez, T., Piñonez-Martinez, M. S., Quintero-Valle, L. M., y Castañeda-Hidalgo, H. (2014). Self-management in chronic conditions: partners in health scale instrument validation. *Nursing Management*, 20(10), 32-37.

DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.

Díaz-Pérez, M., Hernández-Manzanares, M. A., Montes-Martínez, V., y Sánchez-Valdivieso, E. A. (2015). Gama-glutamil transferasa en suero, adyuvante del antígeno prostático específico en el diagnóstico del cáncer de próstata. *Revista Mexicana de Urología*, 75(6), 325–331

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2010). *Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares en materia de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental*. Consultado el día 21 de octubre de 2020.

Doege, D., Thong, M., Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., y Arndt, V. (2018). The role of psychosocial resources for long-term breast, colorectal, and prostate cancer survivors: prevalence and associations with health-related quality of life. *Supportive Care in Cancer*, 1–12.

Folstein, M., Folstein, S., y McHugh, P. (1975). Mini-mental State Exam: A practical method for the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-194.

Ebrahim, S. (1995). Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1383-1394.

Eduardo, J., Meza, G., Carolina, A., Rojas, D., Camilo, J., Solano, L., y Riatiga, D. A. (2018). Uso de pruebas genómicas en tejido prostático , en el seguimiento de los pacientes con cáncer de próstata en protocolo de vigilancia activa : Revisión sistemática de la literatura Use of Genomic Evidence in Prostate Tissue in the Follow- up of Patients wi, 132–140.

- Fenton, J. J., Weyrich, M. S., Durbin, S., Liu, Y., Bang, H., y Melnikow, J. (2018). Prostate-specific antigen-based screening for prostate cancer evidence report and systematic review for the us preventive services task force. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 319(18), 1914–1931.
- Gajardo, J., Moreno, X., Fuentes-García, A., Moraga, C., Briceño, C., y Cifuentes, D. (2020). Percepción usuaria de beneficios en salud del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el Servicio de Salud Metropolitano Norte. *Revista médica de Chile*, 148(3), 304-310. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000300304>
- Grady, PA. Gough, L. (2015). El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Rev Panam Salud Publica*, 37(3), 187–194.
- Giménez, N., Filella, X., Gavagnach, M., Allué, J. A., Pedrazas, D., y Ferrer, F. (2018). Prostate cancer screening using prostate-specific antigen: The views of general and laboratory physicians. *Semergen*, 44(6), 409–419.
- Globocan. (2020, 3 octubre). *Mexico Source: Globocan 2018* [Grafico]. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>
- Harju, E., Rantanen, A., Kaunonen, M., Helminen, M., Isotalo, T., y Åstedt-Kurki, P. (2018). Changes in the health-related quality of life of patients with prostate cancer and their spouses. *International Journal of Urological Nursing*, 12(1), 27–34.
- Heidenreich, A., Chowdhury, S., Klotz, L., Siemens, D. R., Villers, A., Ivanescu, C., y Shore, N. D. (2017). Impact of Enzalutamide Compared with Bicalutamide on Quality of Life in Men with Metastatic Castration-resistant Prostate Cancer: Additional Analyses from the TERRAIN Randomised Clinical Trial. *European Urology*, 71(4), 534–542.

- Iacorossi, L., Gambalunga, F., De Domenico, R., Serra, V., Marzo, C., y Carlini, P. (2019). Qualitative study of patients with metastatic prostate cancer to adherence of hormone therapy. *European Journal of Oncology Nursing*.
- Instituto Mexicano del Seguro Social . (2015, 13 febrero). *cáncer de próstata*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-prostata>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019, 29 noviembre). *A partir de los 40 años, el hombre debe acudir a revisiones periódicas para preservar salud prostática: IMSS A partir de los 40 años, el hombre debe acudir a revisiones periódicas para preservar salud prostática: IMSS*. Gobierno de México. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201911/526>
- Isabel Robles-Espinoza, A., Rubio-Jurado, B., Vanessa De la Rosa-Galván, E., y Hernán Nava-Zavala, A. (2016). Revisión-Opinión. *El Residente*, 120–125.
- Isharwal, S., Zampini, A., Agrawal, S., Hemal, S., Gao, T., Klein, E., y Stephenson, A. (2018). Mp17-17 Longitudinal Assessment of Health-Related Quality of Life and Decisional Regret in Men With Localized Prostate Cancer. *The Journal of Urology*, 199(4), 211.
- Johansson, E., Steineck, G., Holmberg, L., Johansson, J.-E., Nyberg, T., y Bill-Axelsson, A. (2018). Quality of Life after Radical Prostatectomy or Watchful Waiting With or Without Androgen Deprivation Therapy: The SPCG-4 Randomized Trial. *European Urology Oncology*, 1(2), 134–142.
- Koninckx, M., Marco, J. L., Pérez, I., Faus, M. T., Alcolea, V., y Gómez, F. (2018). Effectiveness, safety and cost of abiraterone acetate in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer: a real-world data analysis. *Clinical and Translational Oncology*.

- León Hernández, C.R., Córdova, I.P y Gutiérrez-Gómez, T. (2018). Validación de instrumentos de indicadores de salud y psicosociales: red de automanejo de enfermedades crónicas. En Universidad Autónoma de Tamaulipas (Ed.), *Estrategias de aprendizaje en cronicidad* (Revisado ed., Vol. 1, pp. 65-84). Colofón.
- Lorig, K. R., y Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Marshall, V., y Given, B. (2018). Factors Associated With Medication Beliefs in Patients With Cancer: An Integrative Review. *Oncology Nursing Forum*, 45(4), 508–526.
- Meleis, A.I. (1997) *Theoretical Nursing: Development & Progress* (3 rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L. S., Lorig, K., y Wagner, E. H. (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(1), 50-62.
- Morgans, A. K., Chen, Y. H., Sweeney, C. J., Jarrard, D. F., Plimack, E. R., Gartrell, B. A., y Patrick-Miller, L. J. (2018). Quality of life during treatment with chemohormonal therapy: Analysis of E3805 chemohormonal androgen ablation randomized trial in prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 36(11), 1088–1095.
- Mróz, L. W., Chapman, G. E., Oliffe, J. L., y Bottorff, J. L. (2010). Prostate cancer, masculinity and food. Rationales for perceived diet change. *Appetite*, 55(3), 398-406.
- Nabid, A., Carrier, N., Martin, A. G., Bahary, J. P., Lemaire, C., Vass, S., y Souhami, L. (2018). Duration of Androgen Deprivation Therapy in High-risk Prostate Cancer: A Randomized Phase III Trial. *European Urology*, 74(4), 432–441

Navarro, R. M., Salazar-Fernández, C., Schnettler, B., y Denegri, M. (2020). Autopercepción de salud en adultos mayores: moderación por género de la situación financiera, el apoyo social de amigos y la edad. *Revista médica de Chile*, 148(2), 196-203.

<https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000200196>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Expertos regionales discuten enfoques para el tamizaje y detección temprana del cáncer de próstata en las Américas. 15 de noviembre de 2018. Recuperado en [:https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13818:regional-experts-discuss-approaches-for-prostate-cancer-screening-and-early-detection-in-the-americas&Itemid=42459&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13818:regional-experts-discuss-approaches-for-prostate-cancer-screening-and-early-detection-in-the-americas&Itemid=42459&lang=es)

Paterson, C., Robertson, A., y Nabi, G. (2015). 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*, 19(2), 120–124.

Paterson, C., Jones, M., Rattray, J., y Lauder, W. (2015). Identifying the self-management behaviours performed by prostate cancer survivors: a systematic review of the evidence. *Journal of Research in Nursing*, 20(2), 96–111.

Peláez, E., Débora Acosta, L., y Delia Carrizo, E. (2015). Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 638–648.

Penedo, F. J., Antoni, M. H., Moreno, P. I., Traeger, L., Perdomo, D., y Dahn, J., Yanez, B. (2018). Study design and protocol for a culturally adapted cognitive behavioral stress and self-management intervention for localized prostate cancer: The Encuentros de Salud study. *Contemporary Clinical Trials*, 71(March), 173–180.

- Peterson, S.J; y Bredow, T.S (2003). Health – related quality of life. *Middle range theories: application to nursing research. 3rd ed.* Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Willkins. Pp 274 -287.
- Poveda, J. L., González, C., Gómez, J., y Rincón, G. (2017). Enzalutamide vs Abiraterone in Castration Resistant Prostate Cancer : Indirect Comparison of Treatments.
- Polit, D. F. y Beck, C.T. (9a ed.). (2018). *Investigación en Enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería.* México: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rascón-Pacheco, R. A., González-León, M., Arroyave-Loaiza, M. G., y Borja-Aburto, V. H. (2019). Incidencia, mortalidad y costos de la atención por cáncer de pulmón en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 61(3, may-jun), 257.
- Razo Gonzáles, Á., Díaz Castillo, R., & López González, M. (2018). Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. *Rev CONAMED*, Vol. 23, pp. 58–65.
- Ream, E., Quennell, A., Fincham, L., Faithfull, S., Khoo, V., Wilson-Barnett, J., y Richardson, A. (2008). Supportive care needs of men living with prostate cancer in England: a survey. *British Journal of Cancer*, 98(12), 1903-1909.  
<https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6604406>
- Rojas, P. A., Hurtado, C., Montecinos, V. P., Godoy, A. S., y Francisco, I. F. S. (2018). Estilo de vida y agresividad del cáncer de próstata, (3), 25–32.
- Romanzini, A. E., Pereira, M. da G., Guilherme, C., Cologna, A. J., y Carvalho, E. C. de. (2018). Predictors of well-being and quality of life in men who underwent radical prostatectomy: longitudinal study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(0).
- Sánchez, C., Juan, B., Cataño, G., Ana, C., Chavarriaga, J., Paola, S., Herrera, S. (2018).

- Prostatectomía radical y calidad de vida : resultados en un centro de alta complejidad
- Sierra-Guerra, K. L., Viveros-Contreras, C., Martínez-Carrillo, G., Hernández-León, O., y Caballero-Ambriz, G. (2014). Calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata, operados de prostatectomía radical laparoscópica. *Revista Mexicana de Urología*, 74(3), 133–140.
- Sierra, P. S. (2018). One Pill of Abiraterone with Food Instead of Four Pills in Fasting State for Metastatic Castration Resistant Prostate Cancer Patients : Pharmacoeconomic Perspectives in a Developing Country.
- Simmons SJ(1989). Health: a concept analysis. *Int J Nurs Stud.*;26(2):155-61.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica(SINAVE) (2019, noviembre). *Boletín Epidemiológico* (N.º 35). Secretaría de Salud.
- Skolarus, T. A., Wittmann, D., y Hawley, S. T. (2017). Enhancing prostate cancer survivorship care through self-management. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 35(9), 564–568.
- Spallek, J., Breckenkamp, J., Kraywinkel, K., y Schwabe, W. (2018). Need for nursing care support in cancer patients : Registry- linkage study in Germany, 49(October), 1–10.
- Stenner, F., Rothschild, S. I., Betticher, D., Caspar, C., Morant, R., Popescu, R., y Cathomas, R. (2018). Quality of Life in Second-Line Treatment of Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer Using Cabazitaxel or Other Therapies After Previous Docetaxel Chemotherapy: Swiss Observational Treatment Registry. *Clinical Genitourinary Cancer*, 16(1), e151–e159.
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.

- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M., y Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey manual and interpretation guide* (revisado ed.). Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- Watson, E. K., Shinkins, B., Matheson, L., Burns, R. M., Frith, E., Neal, D., y Rose, P. W. (2018). 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*, 32(October 2017), 73–81.
- Wilson, F. L., Mood, D., Nordstrom, C. K., y Risk, J. (2010). The Effect of Low Literacy on the Self-Care Behaviors of Men Receiving Radiation Therapy. *Nursing Science Quarterly*, 23(4), 326-333.
- Wilson, I. B. y Cleary P.D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59-65.
- W Battersby, M., Ask, A., M Reece, M., J Markwick, M., y P Collins, J. (2003). The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. *Australian Journal of Primary Health*, 9(3), 41.
- Yélamos, C., Sanz, A., Marín, R., y Martínez-Ríos, C. (2018). Experiencia del paciente: Una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico = Patient experience: A new way to understand care for the oncological patient. *Psicooncología*, 15(1), 153–164.



## Apéndice A

### Consentimiento Informado.

(Deberá ser llenado por el paciente de puño y letra o por su representante legal, si es el caso)

Yo: \_\_\_\_\_ declaro y manifiesto en pleno uso de mis facultades mentales libre y espontáneamente y en consecuencia, refiero lo siguiente:

1.- He sido informado de manera clara, concisa y precisa sobre el estudio a realizar por el Estudiante del Programa de Posgrado Maestría en Enfermería Erick Iván Escobar Castillo con numero de matrícula 218450026 de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla así como el **objetivo** que se desea alcanzar con dicha investigación el cual será identificar la relación que existe entre el Automanejo y la Calidad de Vida en hombres con Cáncer de Próstata (CaP) que acuden a la unidad de Oncología de una institución de segundo nivel de atención.

2.- Se me ha informado sobre el resguardo o protección de mis datos personales además del periodo de posesión y destrucción de los mismos, esto de acuerdo a LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES en su capítulo II correspondiente al artículo 6.to, 7.mo, 8.vo,.

3.- Estoy de acuerdo con la aplicación de los cuestionarios: 1.Escala Compañeros en Salud (PIHS), 2. Cuestionario Estado de Salud (SF-36) y 3.el Examen mini mental de Folstein (MMSE).el tiempo de llenado será de 20 a 30 minutos para la obtención de datos significativos para dicha investigación conforme a la Ley General de Salud en su Título Quinto INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD correspondiente al artículo 96, apartado I y II art. 97, 98, apartado I, II, III; y artículo 100, apartado I, II, IV, y V.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante **sin retribución económica** y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi atención médica de dicha institución a la que me encuentro inscrito.

---

Nombre y apellidos del participante

---

Firma


---

Nombre del entrevistador

---

Firma

Huella Digital (caso necesario):



---

Nombre y apellidos de la persona que  
obtuvo el consentimiento

---

Firma

Puebla, Pue. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

En caso de duda o aclaración sobre la investigación, favor de comunicarse con el L.E. Erick Ivan Escobar Castillo. Cel. 222180 4417 con horario de lunes a viernes de 8.00 am 8:00 pm en la dirección Avenida 25 poniente, número 1304, Facultad de Enfermería BUAP, Colonia Los Volcanes, C.P., 72410 Puebla, Pue



## Apéndice B

### Cedula de Datos Sociodemográficos y Clínicos (CSDCL).

1. **Edad:** \_\_\_\_\_
2. **Sexo:** \_\_\_\_\_
3. **Religión:** \_\_\_\_\_
4. **Estado Civil:** Soltero  Casado  Separado   
/divorciado  
Viudo  Unión libre
5. **N° de hijos:** \_\_\_\_\_
6. **N° de personas conviven en el domicilio familiar:** \_\_\_\_\_
7. **Lugar de procedencia o residencia actual:** \_\_\_\_\_
8. **Escolaridad:** Por favor marque el número que indique el año más alto de escuela que ha completado:  
1 2 3 4 5 6      7 8 9      10 11 12      13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23+  
(Primaria      (Secundaria)      (Preparatoria)      (Universidad)
9. **Ocupación Actual:** \_\_\_\_\_
10. **Tiempo que padece esta enfermedad:** \_\_\_\_\_
11. **Etapa del cáncer:** Fase I  Fase II  Fase III  Fase IV   
Desconoce
12. **Tipo de tratamiento que recibe:** \_\_\_\_\_
13. **Tiempo que lleva con el tratamiento:** \_\_\_\_\_
14. **Numero de sesiones que ha recibido hasta la fecha:** \_\_\_\_\_



## Apéndice C

Escala Compañeros en Salud (PHS; Battersby et al.,2003).

Estandarización y Validación por Peñarrieta de Córdoba et al., (2014).

<b>Instrucciones:</b> Por favor marque con un círculo el número que considere se acerca más a su respuesta									
1.	En general, lo que conoce usted acerca de su estado de salud es:								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco				Algo				Mucho
2.	En general, lo que conoce acerca de su tratamiento, incluyendo medicamentos y de su estado de salud es :								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco				Algo				Mucho
3.	Toma las medicinas y/o medicamentos y lleva a cabo los cuidados indicados por su médico o trabajador de salud								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco				Algo				Mucho
4.	Comparte las decisiones tomadas de su estado de salud con su médico o trabajador de salud								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco				Algo				Mucho
5.	Es capaz de solicitarle al profesional de salud la atención para obtener los servicios que necesita. (acorde a su cultura, valores y creencias).								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
	Muy poco				Algo				Mucho
6.	Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Muy poco	Algo							Mucho
<b>7.</b>	Se mantiene al tanto de sus síntomas y signos de alerta temprana (por ejemplo, los niveles de azúcar en la sangre, límite de presión arterial, peso, falta de aliento, dolor, problemas de sueño, estado de ánimo):							
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
Muy poco	Algo							Mucho
<b>8.</b>	Toma medidas a las primeras señales de advertencia y cuando los síntomas empeoran							
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
Muy poco	Algo							Mucho
<b>9.</b>	Puede manejar los efectos secundarios de su estado de salud con relación a la actividad física diaria (caminar, las tareas del hogar):							
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
Muy poco	Algo							Mucho
<b>10.</b>	Puede mantener el equilibrio emocional y espiritual con respecto a su estado de salud.							
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
Muy poco	Algo							Mucho
<b>11.</b>	Puede interactuar con otras personas cotidianamente, a pesar de su estado de salud.							
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
Muy poco	Algo							Mucho
<b>12.</b>	En general, lleva un estilo de vida saludable: me las arreglo para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, moderado de alcohol, la alimentación sana, actividad física regular, controlar el estrés):							
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
Muy poco	Algo							Mucho

**Puntuación.**

Automanejo bajo 0 a 73

Automanejo medio 74 a 88

Automanejo alto 89-100



## Apéndice D

Escala de Evaluación de la Salud SF-36 (Ware et al., 1993) .

Estandarización y Validación por Santos-Sánchez et al., (2017).

**Instrucciones:** marque la respuesta que usted considere correcta.

1.-En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente.
2. Muy buena.
3. Buena.
4. Regular.
5. Mala.

2.- ¿Como diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1. Mucho mejor ahora que hace un año.
2. Algo mejor ahora que hace un año.
3. Más o menos igual que hace un año.
4. Algo peor ahora que hace un año.
5. Mucho peor ahora que hace un año.

**Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.**

3.-Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1. Si, me limita mucho.
2. Si, me limita un poco.
3. No, no me limita nada.

4.-Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1. Si, me limita mucho
2. Si, me limita un poco
3. No, no me limita nada

5.-Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1. Si, me limita mucho.
2. Si, me limita un poco.
3. No, no me limita nada.

**6.-**Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1. Si, me limita mucho.
2. Si, me limita un poco.
3. No, no me limita nada.

**7.-**Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1. Si, me limita mucho.
2. Si, me limita un poco.
3. No, no me limita nada.

**8.-**Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1. Si, me limita mucho.
2. Si, me limita un poco.
3. No, no me limita nada.

**9.-**Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1. Si, me limita mucho.
2. Si, me limita un poco.
3. No, no me limita nada.

**10.-**Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1. Si, me limita mucho.
2. Si, me limita un poco.
3. No, no me limita nada.

**11.-**Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1. Si, me limita mucho.
2. Si, me limita un poco.
3. No, no me limita nada.

**12.-**Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por si mismo?

1. Si, me limita mucho.
2. Si, me limita un poco.
3. No, no me limita nada.

**Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.**

**13.-**Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Si.
2. No.

**14.-**Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1. Si.
2. No.

**15.-**Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1.Si.
- 2.-No.

**16.-**Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1. Si.
2. No.

**17.-**Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si.
2. No.

**18.-**Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si.
2. No.

**19.-**Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Si.
2. No.

**20.-**Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

**21.-** ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1. No, ninguno
2. Si, muy poco
3. Si, un poco
4. Si, moderado
5. Si, mucho
6. Si, muchísimo

**22.-**Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada.
2. Un poco.
3. Regular.
4. Bastante.
5. Mucho.

**las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. en cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted.**

**23.-**Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Muchas veces.
4. Algunas veces.
5. Sólo alguna vez.
6. Nunca.

**24.-**Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Muchas veces.
4. Algunas veces.
5. Sólo alguna vez.
6. Nunca.

**25.**-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podría animarle?

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Muchas veces.
4. Algunas veces.
5. Sólo alguna vez.
6. Nunca.

**26.**-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Muchas veces.
4. Algunas veces.
5. Sólo alguna vez.
6. Nunca.

**27.**-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Muchas veces.
4. Algunas veces.
5. Sólo alguna vez.
6. Nunca.

**28.**-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Muchas veces.
4. Algunas veces.
5. Sólo alguna vez.
6. Nunca.

**29.**-Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Muchas veces.
4. Algunas veces.
5. Solo alguna vez.
6. Nunca.

**30.-**Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Algunas veces.
4. Sólo alguna vez.
5. Nunca.

**31.-**Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Algunas veces.
4. Sólo alguna vez.
- 5.- nunca.

**32.-**Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Algunas veces.
4. Sólo alguna vez.
5. Nunca.

**Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.**

**33.-**Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1. Totalmente cierta.
2. Bastante cierta.
3. No lo sé.
4. Bastante falsa.
5. Totalmente falsa.

**34.-**Estoy tan sano como cualquiera.

1. Totalmente cierta.
2. Bastante cierta.
3. No lo sé.
4. Bastante falsa.
5. Totalmente falsa.

**35.-**Creo que mi salud va a empeorar.

1. Totalmente cierta.
2. Bastante cierta.
3. No lo sé.
4. Bastante falsa.

5. Totalmente falsa.

**36.-**Mi salud es excelente.

1. Totalmente cierta.

2. Bastante cierta.

3. No lo sé.

4. Bastante falsa.

5. Totalmente falsa.

**Puntuación.**

Peor Estado de Salud	0 a 50
Mejor Estado de Salud	51 a 100



## Apéndice E

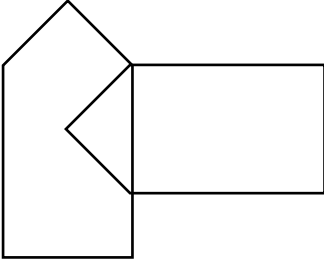
### Examen del Estado Mental, “Mini mental” (MMSE). de Folstein (2018)

Instrucciones: Mencione lo siguiente al participante: “Le voy a hacer una serie de preguntas; algunas pueden parecer muy sencillas y otras más difíciles. Por favor, trate de responder lo mejor posible a cada una de ellas y seguir las instrucciones que le vaya dando”.

Realice al participante las siguientes preguntas. Anote un punto (1) para cada una de las respuestas correctas y cero (0) para las incorrectas.

No sabe leer ni escribir _____	Años de escolaridad _____	Edad _____	PUNTOS
<b>ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y EL ESPACIO</b>			
¿Qué día de la semana es hoy? ¿Cuál es el año? ¿Cuál es el mes? ¿Cuál es el día? ¿Cuál es la estación del año? 5 puntos)			<b>0 – 5</b>  (Máximo
¿En dónde estamos ahora? ¿En qué piso estamos? ¿En qué ciudad estamos? ¿En qué Estado vivimos?			<b>0 – 5</b>

¿En qué país estamos? (Máximo 5 puntos)	
<b>FIJACIÓN</b>	
“Le voy a decir 3 palabras, cuando yo las termine quiero que por favor Usted las repita”  (Anote un punto cada vez que la palabra sea correcta). Casa, hijo, árbol (Máximo 3 puntos)	<b>0 – 3</b>
<b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>	
“Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100”. Anote un punto cada vez que la diferencia sea correcta, aunque la anterior fuera incorrecta. (Máximo 5 puntos)	<b>0 – 5</b>
<b>MEMORIA</b>	
“¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? Dígalas” (Máximo 3 puntos)	<b>0 – 3</b>
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN</b>	
¿Qué es esto?” (Mostrar un reloj).  “¿ Y esto?” (Mostrar un bolígrafo).  2 puntos	(Máximo <b>0 – 2</b> )
Repita la siguiente frase después de mí: - “ni si, ni no, ni pero”. (1 punto)	<b>0 – 1</b>

<p>Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que se las voy a decir.</p> <p>1. "Tome el papel con la mano izquierda", 2. "dóblelo por la mitad" y 3. "póngalo en el suelo"</p> <p>(Anote un punto por cada orden bien ejecutada). (Máximo 3 puntos)</p>	<p><b>0 – 3</b></p>
<p>"Lea esto y haga lo que dice:" "Cierre los ojos" (1 punto)</p>	<p><b>0 – 1</b></p>
<p>"Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje" (1 punto)</p>	<p><b>0 – 1</b></p>
<p>"Copie este dibujo" (1 punto)</p>  <p>Deberá utilizar anteojos si los necesita habitualmente. (cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección forma un diamante)</p> <p>Nota: tanto la frase "Cierre los ojos" como los pentágonos conviene tenerlos en tamaño suficiente para poder ser leídos con facilidad.</p>	<p><b>0 – 1</b></p>