

La autoeficacia y la morbilidad psicológica en el postoperatorio de la prostatectomía radical¹

Luciana Regina Ferreira da Mata²

Emilia Campos de Carvalho³

Cássia Regina Gontijo Gomes⁴

Ana Cristina da Silva⁵

Maria da Graça Pereira⁶

Objetivo: evaluar la autoeficacia general y percibida, la morbilidad psicológica y el conocimiento sobre el cuidado postoperatorio de pacientes sometidos a prostatectomía radical. Identificar las relaciones entre las variables y conocer los factores predictivos de la autoeficacia. Método: estudio descriptivo, transversal, realizado con 76 hombres hospitalizados. Se utilizó las Escalas de Autoeficacia General y Percibida y también las Escalas de Depresión y Ansiedad Hospitalarias, además de eso se utilizaron cuestionarios para la clasificación sociodemográfica, clínica y de reconocimiento. Resultados: se encontró una relación negativa de la autoeficacia con la ansiedad y la depresión. La morbilidad psicológica fue variable significativa de la autoeficacia. La situación laboral activa y el tiempo de espera por la cirugía también resultaron como variables relevantes de la ansiedad y del conocimiento, respectivamente. Conclusión: los participantes tuvieron un buen nivel de autoeficacia general y percibida y pequeño porcentaje de la depresión. Con estos resultados, es posible trazar el perfil de los pacientes acerca de sus necesidades psicológicas después de la prostatectomía radical y así permitir que el equipo de enfermería proceda de manera holística, teniendo en cuenta no sólo las necesidades de atención física, sino también en el nivel psicosocial.

Descriptores: Prostatectomía; Ansiedad; Depresión; Autoeficacia.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Efectividad de un programa de educación para el cuidado domiciliario de pacientes sometidos a prostatectomía radical: ensayo clínico randomizado", presentada en la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 141377/2010-0.

² PhD, Profesor Adjunto, Campus Centro Oeste Dona Lindu, Universidade Federal de São João del Rei, Divinópolis, MG, Brasil.

³ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Estudiante de maestría, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

⁵ Enfermera, Instituto de Previdência, Polícia Militar de Minas Gerais, Lavras, MG, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Asociado, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Correspondencia:

Emilia Campos de Carvalho
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: ecdcava@usp.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

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

Introducción

La prostatectomía radical es la cirugía estándar para los pacientes con cáncer de próstata (PC) en la etapa potencialmente tratable, consiste en la extirpación de la próstata y las vesículas seminales⁽¹⁾. Después de la cirugía, los pacientes pueden presentar diferentes síntomas que incluyen espasmos dolorosos de la vejiga, fatiga, disminución de la función física, infección del tracto urinario y del sitio quirúrgico, estreñimiento, impotencia sexual e incontinencia urinaria⁽²⁾.

La falta de conocimiento sobre cómo será la recuperación y cómo realizar el autocuidado postoperatorio domiciliario puede tener un impacto significativo en la recuperación postoperatoria saludable y es también una de las razones desencadenantes de la morbilidad psicológica⁽³⁾. La morbilidad psicológica, es decir, la ansiedad y la depresión son los trastornos psiquiátricos más comúnmente asociados con enfermedades clínicas⁽⁴⁾. En cuanto al CP, muchos hombres experimentan al mismo tiempo altos niveles de ansiedad y depresión después del diagnóstico de CP⁽⁵⁻⁶⁾ y dependiendo del tipo de tratamiento a realizar se puede tener efectos secundarios molestos, creando un impacto duradero en el bienestar físico y psicológico de los pacientes^(2,7).

De acuerdo con la literatura, el CP se considera el cáncer de las personas de la tercera edad, ya que su incidencia es más común en hombres mayores de 60 años⁽⁸⁻⁹⁾. Debido a la edad, las personas necesitan cambiar aún más las actitudes y las prácticas sociales de la conducta de envejecimiento saludable y mantenimiento de la autoeficacia. El mantenimiento de la función cognitiva y de la capacidad de aprendizaje en la vejez están directamente relacionados con el mantenimiento del sentido de autoeficacia, educación formal y estilo de vida físicamente activo⁽¹⁰⁾.

La autoeficacia es un componente de la motivación, es una evaluación de desempeño fundamental para la adquisición del cambio de comportamiento⁽¹¹⁾. Diferentes niveles de autoeficacia pueden aumentar o disminuir la motivación para tomar acciones. Los individuos con alta autoeficacia, por lo general, tienden a realizar tareas más difíciles, invertir más esfuerzo y persistencia que aquellos con baja autoeficacia^(1,6).

Conocer la autoeficacia del paciente en la prostatectomía radical postoperatoria es importante⁽⁶⁾, ya que este constructo influye en las decisiones sobre las acciones a realizar, el esfuerzo realizado por el paciente en el logro de sus objetivos para superar los obstáculos

y fracasos, el estrés, la ansiedad y la depresión y, por último, el nivel de logro que alcanza⁽¹²⁻¹³⁾.

La educación del paciente en el postoperatorio es esencial para proporcionar los conocimientos adecuados para el individuo, relacionados a los autocuidados postoperatorios domiciliarios, para reducir la incidencia de complicaciones después de la alta médica, mejorar la recuperación y aumentar la capacidad de atención y calidad de vida^(2,14). La capacidad de gestionar el propio cuidado tiene implícita la construcción de la autoeficacia, definida como la convicción personal para ejecutar con éxito una acción, que produce los resultados deseados en una situación dada. Este concepto se considera un factor importante en los cambios terapéutico⁽¹⁾.

De hecho, los hombres con CP necesitan de apoyo físico y psicológico para hacer frente a los síntomas y adaptarse a la nueva vida durante el período de recuperación de la prostatectomía radical⁽⁶⁻⁷⁾. El equipo de salud responsable de la atención es un elemento importante de apoyo en el proceso. Como parte de este equipo, los profesionales de enfermería son los responsables de la planificación e implementación de una formación sobre cuidados tras el alta hospitalaria para los pacientes, proporcionando orientación sobre las necesidades de atención⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, siempre teniendo en cuenta las preguntas orientadoras del entrenamiento, el estímulo de la capacidad de gestionar el propio cuidado, los problemas específicos y las necesidades psicológicas⁽¹⁶⁾.

Por tanto, es de interés conocer las características del paciente con CP, sometidos a prostatectomía radical, analizar su autoeficacia, la morbilidad psicológica y conocimiento de la atención domiciliaria, tratando de alertar a los equipos de las clínicas quirúrgicas, que prestan asistencia a los individuos, sobre las principales necesidades que van más allá de la esfera de la atención a los cuidados físicos del paciente.

Así, el objetivo de este estudio es evaluar la autoeficacia general y percibida, la morbilidad psicológica (ansiedad y depresión) y el conocimiento sobre el cuidado postoperatorio de pacientes sometidos a prostatectomía radical, además de identificar las posibles relaciones entre los predictores de la autoeficacia en la muestra analizada. En este sentido, se espera que exista una relación negativa entre las variables de autoeficacia y morbilidad psicológica y la relación positiva entre la autoeficacia y el conocimiento. En cuanto a los predictores, se espera que la morbilidad psicológica sea un conocimiento predictivo negativo y un predictor positivo de la autoeficacia.

Método

Procedimiento y muestreo

Estudio descriptivo, transversal, realizado con 76 hombres ingresados en dos hospitales en el interior de Minas Gerais, Brasil, para el tratamiento quirúrgico del CP, entre enero y diciembre de 2012. Los participantes fueron seleccionados según los siguientes criterios: de edad o mayores de 18 años, estar hospitalizado para la realización de una cirugía de extirpación de la próstata, no estar en estado grave y tener la capacidad cognitiva para participar del estudio (aplicación del *Mini Mental State Examination*)⁽¹⁷⁾. El estudio fue presentado al Comité de Ética en Investigación del Hospital São João de Deus (Dictamen nº 42/2011). La recolección de datos se llevó a cabo por los investigadores en el segundo día después de la cirugía, a través de entrevistas individuales y consultas de los registros médicos de los participantes. El tamaño de la muestra fue definida por la prueba estadística Z, de distribución normal, se estimando una relación con respecto a la población de interés para un nivel de significación de 5% y el poder de la muestra de 80%, resultando en un mínimo de 68 pacientes.

Instrumentos

- Cuestionario de Caracterización sociodemográfica (sexo, edad, escolaridad formal, estado civil, situación profesional) y clínica (si el entrevistado conoce o no el diagnóstico, tiempo que esperó por la cirugía, el tipo de intervención quirúrgica y la presencia de comorbilidades).
- Escala de autoeficacia general y percibida⁽¹⁸⁾, adaptada y validada para su uso en Brasil⁽¹⁹⁾, que pronostica la capacidad del individuo para superar las dificultades cotidianas, así como la adaptación después de experimentar todo tipo de eventos estresantes de la vida. Consta de 10 ítems con respuestas en escala Likert, que van de uno a cinco. Cada elemento se refiere a la consecución de los objetivos e indica una atribución interna estable de éxito, de manera que cuanto mayor sea el resultado, mayor es la percepción de la autoeficacia. El alfa de Cronbach, en esta muestra, fue de 0,7.
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria⁽²⁰⁾, versión en portugués⁽²¹⁾. La HADS contiene 14 preguntas de elección múltiple, con dos subescalas de ansiedad y depresión, con siete ítems cada una. Contiene 14 preguntas tipo Likert, con dos subescalas, una para la ansiedad y la otra para la depresión, con siete puntos cada una. Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta, con valores que van

de cero a tres. La puntuación global de cada subescala va de cero a 21, y cuanto más alto es el valor, más elevado es el trastorno emocional. Los autores sugieren que sea ocho el valor de punto de corte, y consideran los valores más bajos como la ausencia de ansiedad y depresión. El alfa de Cronbach, en esta muestra, fue de 0,9.

- El cuestionario "Conocimientos sobre los cuidados domiciliarios después de la prostatectomía radical", desarrollado para este estudio, incluye 23 preguntas con opciones de respuestas "correcto", "incorrecto", "no sé", y permite evaluar el conocimiento que tienen los pacientes sobre los cuidados postoperatorios domiciliarios referentes a la prostatectomía radical (Cuidado de la herida quirúrgica y catéter urinario; incontinencia urinaria; ejercicios para los músculos de la pelvis; cuidados con relación con los ejercicios físicos; la alimentación y el consumo de líquidos; evacuaciones; síntomas de complicaciones y problemas de erección). Por cada respuesta correcta es asignado un punto, el total es de un máximo de 23 puntos. Una puntuación alta indica un mayor conocimiento sobre los cuidados postoperatorios. El alfa de Cronbach, en este estudio, fue de 0,7.

Análisis de los datos

Los datos fueron procesados y analizados por el programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versión 20.0. Para el análisis descriptivo de los datos se utilizaron medidas de posición media y mediana, y de la variabilidad Desviación Estándar (DS) para las variables continuas, y la frecuencia simple para variables categóricas. Con el fin de identificar las posibles relaciones entre las variables la autoeficacia, la ansiedad, la depresión y el conocimiento sobre los cuidados postoperatorios, se utilizó la prueba de correlación de *Pearson*. La fuerza de las correlaciones se analizó desde una clasificación⁽²²⁾ en la que los valores por debajo de 0,3, aunque estadísticamente significativos, como baja magnitud y sin utilidad en la práctica clínica; entre 0,3 y 0,5, de magnitud moderada y por encima de 0,5 de magnitud fuerte.

Para probar las diferencias en las variables autoeficacia, ansiedad, depresión y el conocimiento sobre el diagnóstico del CP en relación con el tiempo de espera para la cirugía, la situación laboral y el estado civil, se utilizó la prueba T de *Student* para muestras independientes. Para probar las diferencias en términos de educación formal, los participantes se dividieron en tres grupos y se utilizaron análisis de un factor de varianza (ANOVA). Por último, para saber cuáles son predictores de la autoeficacia se llevó a cabo una regresión lineal múltiple (método *enter*).

Resultados

Caracterización sociodemográfica y clínica de la muestra

La muestra de este estudio consistió en 76 participantes, cuya edad promedio era de 64,2 años (DS= 6,6), que oscila entre los 49 y 75 años, y se agrupa en dos categorías: menor o igual a 65 años (53,9%) y más de 65 años (46,1%). La mayoría era de hombres casados o viviendo en relaciones estables (84,2%), seguido de solteros (7,9%), viudos (3,9%) y desquitados / divorciados (3,9%). La escolaridad promedio fue de seis años (DS = 4,8), en grupos de tres categorías distintas: de cero a cuatro años de estudio (60,5%), de cinco a 10 años (18,4%) y de 11 años o más (21,1%). En cuanto a la situación laboral, 64,5% eran activos y 35,5% no activos. El ingreso familiar mensual promedio individual era de 2,029.00 (DS = 1.240,0) y el promedio de ingresos familiares mensuales de 2.759,00 (DS = 1863,0).

En cuanto a los datos clínicos, el 77,6% de los participantes conocían el diagnóstico de CP; el 18,4% esperaban el tratamiento quirúrgico a menos de un mes, el 43,4% entre uno y tres meses, el 31,6% entre cuatro y 12 meses y el 6,6% a más de un año. Las morbilidades asociadas más frecuentes entre los participantes fueron: la hipertensión arterial sistémica (52,6%), la cardiopatía (14,5%) y la diabetes mellitus (11,8%).

El resultado obtenido por la Escala de Autoeficacia General y Percibida indicó media de 39,0 (DS = 6,4). Para la ansiedad, se encontró un valor promedio de 7,7 (DS

= 5,7) y el promedio de la depresión de 4,0 (DS = 3,8). De acuerdo con el punto de corte de la escala, 31,6% presentarían ansiedad y depresión, y 0,5% presentarían solo depresión. En cuanto a los conocimientos sobre los cuidados postoperatorios, el promedio de respuestas correctas para las 23 preguntas fue de 11,6 (DS= 3,2).

Relación entre la autoeficacia, la ansiedad, la depresión y el conocimiento sobre los cuidados postoperatorios

Mediante el análisis de la presencia de posibles relaciones entre las variables, hubo una fuerte correlación positiva entre la ansiedad y la depresión ($r=0,6$; $p\leq 0,000$); correlación negativa moderada entre la autoeficacia con la ansiedad ($r= -0,3$; $p\leq 0,002$) y depresión ($r= -0,5$; $p\leq 0,000$).

Las diferencias en la autoeficacia, ansiedad, depresión y el conocimiento sobre los cuidados postoperatorios en relación con el tiempo de espera, edad, situación laboral, educación formal, estado civil y el conocimiento del diagnóstico

Se encontraron diferencias significativas de conocimiento sobre los cuidados postoperatorios en función del tiempo de espera y la ansiedad debido a la situación laboral. Por lo tanto, los pacientes con tiempo de espera igual o inferior a tres meses tenían un mayor conocimiento sobre los cuidados postoperatorios, y los que tenían actividad remunerada mostraron mayores niveles de ansiedad (Tabla 1).

Tabla 1 - Resultados del teste T-student para las diferencias en la autoeficacia, la ansiedad, la depresión y el conocimiento sobre los cuidados postoperatorios en función del tiempo de espera, la edad, la situación laboral, la educación formal, el estado civil y el conocimiento del diagnóstico. Divinópolis, MG, Brasil, 2012

Variables	Autoeficacia		Ansiedad		Depresión		Conocimiento	
	p*	Média (DS)	p*	Média (DS)	p*	Média (DS)	p*	Média (DS)
Tiempo de espera								0,037*
0 a 3 meses (n= 45)	38,9 (5,9)	0,984	7,4 (5,9)	0,703	4,5 (4,1)	0,255	12,2 (2,9)	
4 meses o más (n=28)	38,9 (7,4)		7,9 (5,5)		3,4 (3,4)		10,6 (3,5)	
Edad		0,794		0,154		0,941		0,748
Igual o inferior a 65 años (n= 39)	38,7 (7,2)		8,5 (6,0)		4,1 (4,2)		11,7 (2,9)	
Maior que 65 años (n= 45)	39,1 (5,8)		6,6 (5,3)		4,1 (3,5)		11,5 (3,5)	
Situación laboral								0,984
Con actividad (n= 49)	39,2 (7,1)	0,823	8,8 (5,3)	0,034*	3,8 (3,7)	0,559	11,6 (2,7)	
Sin actividad (n=27)	38,8 (5,2)		5,9 (5,9)		4,3 (4,1)		11,6 (4,1)	
Conocimiento del diagnóstico								0,078
Sabe (n=59)	38,7 (6,4)	0,412	7,8 (5,8)	0,866	4,1 (3,8)	0,766	11,9 (3,3)	
No sabe (n=17)	40,9 (6,7)		7,5 (5,3)		3,4 (3,9)		10,5 (2,6)	
Estado civil								0,183
Soltero,viúdo, separado (n= 12)	38,8 (6,8)	0,305	7,9 (5,6)	0,589	4,0 (3,7)	0,976	11,8 (3,1)	
Casado/unión estable (n= 64)	40,3 (4,1)		6,9 (6,3)		3,9 (4,5)		10,4 (4,0)	

* p \leq 0,05

Para la variable educación formal (cero a cuatro años, cinco y 10 años, 11 años o más), desde la ANOVA no se encontraron diferencias significativas en las variables de autoeficacia, la ansiedad, la depresión y el conocimiento sobre los cuidados postoperatorios.

Los predictores de la autoeficacia

Los resultados mostraron que la morbilidad psicológica (ansiedad y depresión) es factor variable predictivo significativo de autoeficacia, explicando 14,2% de la varianza, como se muestra en la Tabla 2. Por lo tanto, cuanto menor sea la morbilidad psicológica, mayor es la autoeficacia.

Tabla 2 - Factores predictivos de autoeficacia en los pacientes sometidos a prostatectomía radical (n = 76). Divinópolis, MG, Brasil, 2012

Variables	Bloco I*			Bloco II†		
	β	t	Sig.	β	t	Sig.
Edad	0,1	0,9	0,4			
Estado civil	2,0	0,9	0,4			
Conocimiento del diagnóstico	-2,3	-1,1	0,3			
Morbilidad psicológica				0,1	-3,4	0,001‡
Conocimiento de los cuidados postoperatorios				0,2	0,2	0,880
R ²		0,1			0,2	
R ² ajustado		0,0			0,1	

* Variables sociodemográficas y clínicas

† Variables psicológicas

‡ p ≤ 0,01

Discusión

Cambios de la Próstata, incluyendo el CP, son considerados patologías características de hombres mayores de 60 años, teniendo en cuenta que el envejecimiento es un factor de riesgo de agrandamiento de la próstata. La edad media en este estudio (64,2 años, DS = 6,6) corrobora los datos de la literatura. Alrededor de tres cuartas partes de los casos de hiperplasias benignas o malignas se producen entre 60 y 65 años de edad⁽⁹⁾ y más del 70% de los casos de CP ocurren en hombres mayores de 70 años⁽²³⁾.

Con respecto a La caracterización clínica de la muestra, se consideró como las principales comorbilidades la hipertensión arterial (52,6%), cardiopatía (14,5%) y diabetes mellitus (11,8%). También son factores de riesgo de CP la dieta rica en grasas saturadas, carnes rojas, leche y baja en fibra y vitaminas, así como de las comorbilidades identificadas⁽²³⁾. Sin embargo, este tipo de cáncer está relacionado principalmente a factores genéticos, siendo parientes de primer grado más propensos a desarrollar la enfermedad, en proporción ocho veces mayor que un individuo sin parientes de primer grado con el CP⁽²⁴⁾.

En relación a las variables psicológicas, 31,6% de los pacientes presentaron ansiedad y 0,5% presentaron

depresión. En un estudio de 100 pacientes sometidos a cirugía electiva en Brasil, se identificaron valores similares para la ansiedad (40,0%), sin embargo, el nivel de depresión fue mayor (22,0%)⁽¹⁵⁾. Una posible explicación para el bajo nivel de la depresión en la muestra objeto de estudio puede estar relacionada con el hecho de que el 84,2% de los hombres están casados o viven en unión estable, la relación fue confirmada por investigadores alemanes, que afirman que los hombres en las relaciones estables presentan niveles reducidos de cambios psicológicos en comparación con los que viven solos⁽³⁾. Además, es una enfermedad que no está asociada con un mayor riesgo de mortalidad⁽⁸⁾, como otros tipos de cáncer, lo que puede explicar el bajo nivel de depresión.

En un estudio realizado en Holanda se analizó los pacientes con CP durante cinco años en el pre y post-tratamiento, y se encontró una disminución de la ansiedad y depresión después de la realización la prostatectomía y la radioterapia. La media de ansiedad antes de la cirugía fue de 51,9, llegando a 39,1 después de 12 meses (en una escala de 20 a 80, en el que la mayor puntuación indica un mayor nivel de ansiedad); y la depresión de 16,8 a 11,6 (en una escala de cero a 60). En cuanto a la radioterapia antes del procedimiento, los promedios fueron 54,1 para la ansiedad y de 19,9 para la depresión, elevándose a 42,9 y 15,0, respectivamente⁽⁵⁾.

Se sabe que los niveles más bajos de ansiedad del paciente prostatectomizado reflejan positivamente en su salud mental, y esto puede estar asociado con el desarrollo de mejores mecanismos de adaptación a los factores estresantes, lo que facilita una mejor gestión de los cambios fisiológicos postoperatorios⁽²⁵⁾.

Es de destacar que, el miedo y la incertidumbre ante el diagnóstico de cáncer y los efectos secundarios del tratamiento implican cambios psicológicos, así como en la baja autoeficacia. Tales como la autoeficacia es la creencia central de que el individuo tiene el control sobre los eventos que pueden afectar su vida, su reducción puede afectar negativamente a la recuperación, porque cuando se pierde el control, los resultados deseados, como el retorno a la continencia y la potencia sexual, no pueden ser alcanzados⁽⁶⁾.

En este estudio, encontramos un valor medio de 39,0 puntos (DS = 6,4) en la Escala de Autoeficacia General y Percibida (puntuación máxima de 50). Resultados similares fueron encontrados por investigadores griegos, quienes evaluaron la autoeficacia global de los pacientes con diferentes tipos de cáncer, con media de 31,9 (DS = 6.0), en una escala de 40 puntos⁽¹³⁾. El mismo estudio también encontró una correlación negativa entre autoeficacia general y ansiedad, así como en la muestra estudiada. Los autores evaluaron la autoeficacia general, la ansiedad, la gravedad de los síntomas de la enfermedad y la calidad de vida en pacientes con cáncer en el inicio de la radioterapia y un mes después del tratamiento. Fue identificado empeoramiento de todos los resultados evaluados en el pre y post-tratamiento, y la correlación negativa entre los puntajes absolutos de autoeficacia general y la ansiedad. Los autores explican los resultados por el hecho de que, a menudo, los pacientes no están preparados para hacer frente a los cambios físicos, sociales y emocionales que ocurren durante el período de transición entre el descubrimiento de la enfermedad y la fase posterior al tratamiento⁽¹³⁾.

Otro resultado importante fue la morbilidad psicológica (ansiedad y depresión), que explica el 14,2% de la varianza, lo que es un predictivo negativo de la autoeficacia, es decir, los pacientes con baja ansiedad y depresión tienen una mayor autoeficacia. Investigadores americanos reafirman este resultado, constatando que los hombres con alta autoeficacia son 45% menos propensos a tener depresión después de la prostatectomía radical⁽⁷⁾.

La hipótesis del estudio señaló que el conocimiento de los cuidados postoperatorios fue una variable predictora de la autoeficacia pero la hipótesis no se

confirmó. Se cree que este resultado puede justificarse por el hecho de que casi la mitad de los pacientes (48,0%) tenían conocimiento sobre el cuidado postoperatorio. Se observa en el presente estudio, que los pacientes en estado activo tienen un mayor nivel de ansiedad ($p \leq 0,034$). Esto puede explicarse por las molestias del tratamiento, las horas de trabajo, el miedo derivado de la incertidumbre acerca de la enfermedad y de la recuperación, el temor de perder sus puestos de trabajo, lo que puede cambiar la situación financiera, ya que muchos hombres en este grupo de edad siguen siendo trabajadores activos⁽¹⁰⁾.

Otro hallazgo importante fue la diferencia en la comprensión de los cuidados postoperatorios entre grupos con diferentes tiempos de espera para la cirugía. Los pacientes con el tiempo de espera de cero a tres meses tuvieron un mayor conocimiento que otros ($p \leq 0,037$). Se infiere que un tiempo de espera reducido para procedimiento quirúrgico provoca una mayor preocupación por los problemas de salud, existe un interés en la solución del problema y de aumentar el conocimiento sobre la enfermedad, favoreciendo, por tanto, la recuperación postoperatoria, ya que la expectativa que el individuo tiene en relación a la hospitalización, el tratamiento y la calidad de la atención tiene un impacto directo sobre este proceso⁽¹⁴⁾. Sin embargo, es una hipótesis que deberá confirmarse en estudios futuros.

Se cree que los pacientes que buscan tratamiento y resolución del problema en el menor tiempo son los que tienen una mayor preocupación por la salud y buscan el conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento mediante diferentes fuentes de información⁽²⁶⁾. Sin embargo, también hay que tener en cuenta que el tiempo de espera para la cirugía y también la suspensión y remarcación del procedimiento puede contribuir al aumento del miedo y del sentimiento de desconfianza⁽¹⁵⁾.

Por lo tanto, la educación del paciente es esencial para proporcionar un conocimiento adecuado para el autocuidado en el ambiente doméstico y así reducir la incidencia de complicaciones tras el alta hospitalaria, mejorar la recuperación, aumentar la capacidad de atención y minimizar el miedo⁽²⁷⁾.

La educación y el asesoramiento son elementos regulares e indispensables en la prestación de la atención de los hombres sometidos a este tipo de cirugía, tanto antes como después de la operación. Estos elementos deben ser influencia en la prestación de una mejor información para la preparación de los pacientes referente a el cuidado de la herida, el manejo de la

sonda vesical permanente en domicilio, sino también para hacer frente a los efectos secundarios físicos como la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil y el consecuente sufrimiento psicológico causado a los hombres y a sus esposas⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Se puede afirmar que una de las limitaciones del estudio es el diseño transversal que no permite el establecimiento de relaciones causales entre las variables analizadas, así como el instrumento de recolección de datos utilizado para evaluar los conocimientos, por consecuencia, ante el número de la muestra, no fue posible el estudio de validez a través del análisis factorial. Otra limitación se relaciona con la posibilidad de generalizar los datos debido a que el estudio fue realizado con hombres matriculados en un municipio brasileño y puede tener características de esa región. Se espera que más estudios adopten métodos longitudinales, multicentro, con mayor tamaño de la muestra, lo que permite la verificación de los supuestos establecidos en el presente estudio.

Conclusión

Este estudio evaluó la autoeficacia, la morbilidad psicológica (ansiedad y depresión) y el conocimiento sobre el cuidado postoperatorio en pacientes sometidos a prostatectomía radical, identificando las relaciones entre las variables y factores predictivos de la autoeficacia. Se encontró buen nivel de autoeficacia general y percibida entre los pacientes y el porcentaje reducida de la depresión, lo que puede ser justificado por la gran proporción de hombres casados o en relaciones estables.

Se observó una diferencia significativa en el conocimiento sobre el cuidado postoperatorio en términos de tiempo de espera para la cirugía y en la ansiedad debido a la situación laboral. A su vez, la morbilidad psicológica se relacionó negativamente con la autoeficacia y fue un predictor negativo de esta última. Por tanto, es fundamental que los profesionales favorezcan el desarrollo de la autoeficacia de los pacientes, guiándolos adecuadamente y dándoles el poder para que se conviertan en personas activas en su rehabilitación de manera a minimizar la morbilidad psicológica.

Se espera que estos resultados permitan trazar el perfil de los pacientes en respecto a las necesidades psicológicas después de la prostatectomía radical, para que la equipo de enfermería actúe de manera holística, teniendo en cuenta no sólo las necesidades de atención en una esfera física, sino psicológica y psicosocial. Dada

la escasez de estudios sobre este tema, es necesario realizar otras búsquedas sobre el asunto, sobre todo en la evaluación de los conocimientos de los cuidados postoperatorios y las variables psicológicas y el impacto de estas variables sobre las posibles complicaciones de la cirugía.

Referencias

1. Knoll N, Scholz U, Burkert S, Roigas J, Gralla O. Effects of received and mobilized support on recipients' and providers' self-efficacy beliefs: A 1 year follow-up study with patients receiving radical prostatectomy and their spouses. *Int J Psychol.* 2009;44(2):129-37.
2. Inman DM, Maxson PM, Johnson KM, Myers RP, Holland DE. The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: Finding value in low-margin activities. *Urol Nurs.* 2011;31(2):83-91.
3. Mehnert A, Lehmann C, Graefen M, Huland H, Koch U. Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *Eur J Cancer Care.* 2010;19(1):736-45.
4. Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) em pacientes epilépticos ambulatoriais. *J Bras Psiquiatr.* 1998;47(6):285-9.
5. Korfage IJ, Essink-Bot ML, Janssens ACJW, Schroder FH, Koning HJ. Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up. *Br J Cancer.* 2006;94:1093-98.
6. Weber BA, Roberts BL, Yarandi H, Mills TL, Chumbler NR, Wajzman Z. The impact of dyadic social support on self-efficacy and depression after radical prostatectomy. *J Aging Health.* 2007;19(4):630-45.
7. Weber BA, Roberts BL, Mills TL, Chumbler NR, Algood CB. Physical and Emotional Predictors of Depression After Radical Prostatectomy. *Am J Mens Health.* 2008;2(2):165-71.
8. Ministério da Saúde (BR). Estimativa 2012 - Incidência de Câncer no Brasil: Síntese de Resultados e Comentários [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Nacional de Câncer; 2011. [acesso 5 abril 2013]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp>
9. Humphreys MR, Fernandes KA, Sridhar SS. Impact of age at diagnosis on outcomes in men with castrate-resistant prostate cancer. *J Cancer.* [Internet]. 2013 [acesso 2 de junho 2013];4(4):304-14. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3619091/pdf/jcav04p0304.pdf>

10. Harden J, Northouse L, Cimprich B, Pohl JM, Liang J, Kershaw T. The influence of developmental life stage on quality of life in survivors of prostate cancer and their partners. *J Cancer Surviv.* 2008;2(2):84-94.
11. Bandura, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215.
12. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood: N.J. Prentice Hall; 1986. 617 p.
13. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Gogou P, Panagiotou I, Vassiliou I et al. Relationship of general self-efficacy with anxiety, symptom severity and quality of life in cancer patients before and after radiotherapy treatment. *Psycho-Oncol.* 2013;22(5):1089-95.
14. Razera APR, Braga EM. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(3):632-7.
15. Santos MA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo DA, Machado ECB. Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. *Rev Eletr Enferm.* [Internet]. 2012. [acesso 31 maio 2013];14(4):922-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a21.htm>
16. Iyigun E, Ayhan H, Tastan S. Perceptions and experiences after radical prostatectomy in Turkish men: a descriptive qualitative study. *Appl Nurs Res.* 2011;24(2):101-9.
17. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52:1-7.
18. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M. Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs. Windsor (UK): Nfer-Nelson; 1995. p. 35-7.
19. Souza I, Souza MA. Validação da Escala de Autoeficácia Geral Percebida. *Rev Univ Rural: Serie Ciências Humanas.* 2004; 26(1-2):12-7.
20. Zigmond A, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.
21. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JRC, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HADS) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública.* 1995;29(5):355-63.
22. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs: NJ. Prentice-Hall; 1980.
23. Leitzmann MF, Rohrmann S. Risk factors for the onset of prostatic cancer: age, location, and behavioral correlates. *Clin Epidemiol.* 2012;4:1-11.
24. Rhoden EL, Averbeck MA. Câncer de próstata localizado. *Rev AMRIGS.* 2010;54(1):92-9.
25. Gore JL, Gollapudi K, Bergman J, Kwan L, Krupski TL, Litwin MS. Correlates of Bother Following Treatment for Clinically Localized Prostate Cancer. *J Urol.* 2010;184(4):1309-15.
26. Hamm MP, Chisholm A, Shulhan J, Milne A, Scott SD, Given LM, et al. Social media use among patients and caregivers: a scoping review. *BMJ Open* [Internet]. 2013. [acesso 5 ago 2013];3:01-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3651969/pdf/bmjopen-2013-002819.pdf>
27. Fredericks S, Guruge S, Sidani S, Wan T, Un R. Postoperative patient education: a systematic review. *Clin Nurs Res.* 2010;19(2):144-64.
28. Chambers SK, Schover L, Halford K, Clutton S, Ferguson M, Gordon L, et al. ProsCan for Couples: Randomised controlled trial of a couples based sexuality intervention for men with localized prostate cancer who receive radical prostatectomy. *BMC Cancer.* [Internet]. 2008. [acesso 15 dez 2014];8:226. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2529334/?report=reader>
29. Bicalho MB, Lopes MHB. Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(4):1009-14.

Recibido: 1.10.2014
Aceptado: 22.3.2015