

Predictores de bienestar y calidad de vida en hombres sometidos a prostatectomía radical: estudio longitudinal¹

Adilson Edson Romanzini²
Maria da Graça Pereira³
Caroline Guilherme⁴
Aduino José Cologna⁵
Emilia Campos de Carvalho⁶

Objetivo: identificar factores predictores sociodemográficos, clínicos y psicológicos para el bienestar y la calidad de vida de hombres sometidos a prostatectomía radical, en seguimiento de 360 días. **Método:** se trata de un estudio longitudinal, realizado entre 120 hombres sometidos a prostatectomía radical. Se utilizaron cuestionarios para caracterización y evaluación clínica del participante, así como los instrumentos Escala Visual Analógica de Dolor, Inventario de Estrategias de Afrontamiento, Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, Escala de Satisfacción con el Soporte Social, Escala de Satisfacción Marital, Escala de Bienestar Subjetivo y el Índice de Cáncer de Próstata Ampliado. Se utilizó el modelo lineal de efectos mixtos para el análisis de los datos. **Resultados:** los factores sociodemográficos tales como edad y raza no se mostraron predictores de las variables dependientes; tiempo de cirugía, enfrentamiento enfocado en el problema y en la ansiedad fueron predictores para el bienestar subjetivo; dolor, ansiedad y depresión fueron predictores negativos de calidad de vida; estrategia de enfrentamiento enfocado en la emoción, positivo. La no satisfacción marital fue predictora para ambas variables. **Conclusiones:** se identificaron factores predictores distintos de la literatura: el deseo de cambio en los niveles de satisfacción marital presentó una relación positiva con la calidad de vida y el bienestar; modo de enfrentamiento enfocado en la emoción fue predictor de calidad de vida; y ansiedad fue predictor de bienestar subjetivo.

Descriptor: Prostatectomía; Calidad de Vida; Bienestar; Enfermería Médico-Quirúrgica; Cuidados Posoperatorios; Neoplasias de la Próstata.

¹ Artículo parte de tesis de doctorado "Proceso de recuperación quirúrgica en pacientes sometidos a prostatectomía radical: estudio longitudinal de variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas", presentada en la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Apoyo financiero de lo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Proceso nº 142167/2014-2, Brasil.

² PhD.








³ PhD, Profesor Asociado, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Curso de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Senior, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Senior, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Romanzini AE, Pereira MG, Guilherme C, Cologna AJ, Carvalho EC. Predictors of well-being and quality of life in men who underwent radical prostatectomy: longitudinal study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3031 [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2601.3031>.   

URL

Introducción

El cáncer de próstata, una de las neoplasias más prevalentes en todo el mundo⁽¹⁾, está visto como un problema de salud pública a nivel internacional. Causa impactos en la sociedad tanto por el sufrimiento de los pacientes y sus familiares como en el aspecto económico, además de demandar esfuerzos sustanciales de los sistemas de salud y de sus profesionales⁽²⁾.

La elección del mejor tratamiento para el cáncer de próstata localizado depende de factores tales como el riesgo de progresión, la mortalidad, la función urinaria, los problemas sexuales e intestinales de los pacientes y las perspectivas de bienestar y calidad de vida⁽¹⁾. La prostatectomía radical (PR) no está exenta de complicaciones, ya que pueden ocurrir pérdidas de sangre intraoperatoria, linfocela, infección, incontinencia urinaria en el postoperatorio, reoperación y disfunción eréctil⁽³⁻⁴⁾; cuando se realiza por acceso suprapúbico, la cirugía tiene una duración media de 02:47 horas⁽⁵⁾.

El bienestar subjetivo ayuda a las personas a generar más energía y ser más activas. Por esta razón, se constituye en un componente vital para la recuperación, el tratamiento y la calidad de vida de pacientes con cáncer de próstata⁽⁶⁻⁸⁾. Este concepto se refiere a la evaluación cognitiva global del ser humano sobre sus aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, y sobre cómo vive tales sentimientos, lo que determina un componente afectivo. Este componente, a su vez, puede estar representado por sentimientos positivos o negativos frente a los estándares y referencias del individuo, que resulta en una percepción de satisfacción o insatisfacción hacia la vida⁽⁹⁻¹¹⁾.

La calidad de vida relacionada con la salud es tan importante como el propio control del cáncer de próstata, ya que la satisfacción con el resultado del tratamiento se mostró afectada por cambios en la calidad de vida⁽¹²⁾. A este concepto se lo reconoce como un sentimiento de satisfacción y grado de prosperidad en el contexto de las necesidades y capacidades del ser humano. Sin embargo, el papel de la calidad de vida relacionada con la salud para seleccionar mejor la terapia sistémica en pacientes con cáncer de próstata, permanece incierto⁽¹³⁾.

Diversos estudios señalan que factores relativos a la salud del individuo y al acto quirúrgico⁽¹⁴⁻¹⁷⁾, así como a los aspectos socioculturales, emocionales y físicos^(9,13), además de las condiciones de desarrollo de actividades de la vida cotidiana⁽¹⁸⁾, determinan las perspectivas de bienestar y de calidad de vida para la recuperación quirúrgica de pacientes sometidos a prostatectomía radical, teniendo como parámetro el alcance de

condiciones superiores o equivalentes a las del período preoperatorio.

Otros factores como el paso de la edad⁽¹⁹⁻²⁰⁾, el tiempo más largo de cirugía con exposición prolongada al procedimiento anestésico-quirúrgico y a los agentes anestésicos⁽²¹⁾, las complicaciones durante el proceso de recuperación del paciente⁽²²⁻²³⁾ y el dolor después de la prostatectomía radical⁽²⁴⁻²⁶⁾, así como los resultados desfavorables en cuanto a la función sexual⁽²⁷⁾, estaban relacionados a impactos en la percepción del bienestar y de la calidad de vida del paciente.

En relación a los factores psicológicos, la gran capacidad para enfrentar al estrés redujo la intensidad de los síntomas postoperatorios. Los pacientes con menos capacidad para enfrentar el estrés presentaron problemas mayores de recuperación después de la operación⁽²⁸⁾. El enfrentamiento enfocado en el problema fue predictor positivo para el bienestar psicológico y para la calidad de vida, mientras que el enfrentamiento enfocado en la emoción fue negativo⁽²⁹⁻³⁰⁾.

El soporte social tuvo un efecto positivo sobre la vida en los momentos difíciles, en las actividades de recuperación, en el bienestar, en la salud y en el ajuste a los factores de estrés, lo que resultó en una mejor calidad de vida⁽³¹⁻³³⁾. Los síntomas psicológicos como la ansiedad y la depresión estaban relacionados con menores resultados de calidad de vida y bienestar, con aumento de dolor y sensibilidad a los síntomas. Estos síntomas pueden influir negativamente en la motivación de los pacientes, en la energía, en el enfrentamiento de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento y su proceso de recuperación⁽³⁴⁻³⁶⁾. De la misma forma, el apoyo marital estaba relacionado a niveles más elevados de calidad de vida, salud física y mental y recuperación después de la prostatectomía radical⁽³⁷⁻³⁹⁾.

La comprensión del proceso de recuperación quirúrgica en hombres sometidos a la prostatectomía puede favorecer el enfoque dirigido a sus características. En este sentido, el objetivo fue identificar factores predictivos sociodemográficos, clínicos y psicológicos para el bienestar y la calidad de vida de hombres sometidos a la prostatectomía radical, en seguimiento de 360 días.

Método

Se trata de un estudio observacional descriptivo longitudinal⁽⁴⁰⁾, realizado en la división de Urología de una institución hospitalaria pública de estudios, del estado de São Paulo, referencia en la atención oncológica de urología. Participaron hombres sometidos a la prostatectomía que, después de la indicación médica de cirugía, fueron invitados al estudio por el

investigador principal. Los que aceptaron participar en la investigación, firmando el Consentimiento Previo, Libre e Informado, tuvieron sus datos recolectados, respetándose la dinámica de la atención ambulatoria y sin perjuicios del tratamiento médico.

La inserción en la investigación ocurrió de forma consecutiva y tuvieron seguimiento de 360 días (T0 = línea de base o preoperatorio; T1 = 30 días; T2 = 90 días; T3 = 180 días; T4 = 360 días de seguimiento postoperatorio). El intervalo de seguimiento para rellenar los instrumentos era variado, respetándose la agenda establecida para la atención médica: T1 comprendía la colecta de datos con un promedio de 15,9 días (DP=7,2); T2, con promedio de 91,4 días (DP=21,7); T3 con promedio de 203 días (DP=46,3) y T4 con promedio de 322,7 días (DP=48,6) después de la operación. Con respecto al procedimiento de la recolección, el estudio presenta pérdida de seguimiento del 6,5% al 12,2%, en los diferentes períodos.

La recolección de datos en T0 ocurrió en la unidad de internación quirúrgica y, en los demás momentos, en el sector ambulatorio. La presencia o ausencia de acompañantes o cuidadores en el ambiente quedó a criterio del participante.

El investigador observó la capacidad de comprensión y de respuesta del participante a los ítems de los instrumentos. Para ello, utilizó cuestiones como: ¿Qué fecha es hoy? ¿Cuál es el motivo de la internación? ¿Cuál es la fecha y el período programado para la operación? En seguida, los participantes analizaron los instrumentos en cuanto a la capacidad de respuesta a los ítems expuestos.

En esta investigación, se incluyeron hombres con cáncer de próstata (etapa T1-T3), seleccionados para el tratamiento quirúrgico (PR) por el equipo médico, que no presentaban signos clínicos de metástasis, con edad ≥ 18 años y que dijeron ser capaces de leer y escribir en portugués. Se excluyeron aquellos con antecedentes de cirugía previa en la vejiga o próstata, diagnóstico de enfermedad neurológica con probable repercusión sobre el control urinario (por ejemplo: enfermedad de Parkinson, enfermedad psiquiátrica, Alzheimer y patologías de la médula espinal) y los sometidos previamente a quimioterapia o radioterapia.

El investigador abordó 125 hombres con indicación de cirugía de próstata. De estos, dos no se adecuaban a los criterios (uno había hecho quimioterapia y el otro, cirugía previa) y otros tres tuvieron la cirugía suspendida. Se examinaron los datos de 120 hombres sometidos a prostatectomía.

En esta investigación no hubo interferencia del investigador en el tratamiento o en la atención del paciente. De ser necesario, el paciente sería

direccionado al equipo multidisciplinar responsable, situación que no ocurrió.

El investigador relleno los instrumentos de recolección de datos mediante la lectura de las instrucciones y de los ítems. El tiempo de aplicación de los instrumentos fue de aproximadamente 40 minutos.

Para caracterizar al participante, se consideraron las variables edad, raza/color, clase de cirugía, tiempo de la cirugía, clase de anestesia, tiempo de la anestesia y puntaje ASA. Para la evaluación clínica en el postoperatorio precoz (T1), se consideraron las variables tiempo de uso de catéter uretral y presencia de complicaciones. Además, se utilizaron siete instrumentos en el seguimiento (T0-T4):

- *Escala Visual Analógica de Dolor (EVA)* - escala unidimensional de auto llenado que se utiliza para evaluar la intensidad del dolor; consiste en una línea de 10 centímetros, con un extremo que califica "sin dolor", otro, con "peor dolor imaginable" y en la parte media "dolor moderado"⁽⁴¹⁻⁴²⁾;
- *Inventario de Estrategias de Afrontamiento, (Ways of Coping)*⁽⁴³⁾ - instrumento adaptado a la cultura brasileña⁽⁴⁴⁾, con 8 factores compuestos por 66 ítems, que se contestan en una escala del tipo Likert, con cuatro posibilidades: 0) no utilicé esta estrategia, 1) usé un poco, 2) la usé bastante, 3) la utilicé en gran cantidad. En el análisis factorial realizado en la adaptación para la cultura brasileña⁽⁴⁴⁾, se identificaron ocho factores (enfrentamiento, alejamiento, autocontrol, soporte social, aceptación de la responsabilidad, fuga/evasión, resolución de problemas y reevaluación positiva), siendo que la mayoría de los ítems hallados en cada factor presentaba carga factorial semejante a las obtenidas por los autores del instrumento⁽⁴³⁾. En la presente investigación, se incluyeron todos los ítems de la escala original, siguiendo el ejemplo de otros estudios⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾, y se adoptaron los ocho factores clasificatorios propuestos al principio por los autores del instrumento⁽⁴³⁾, compuestos por los ítems indicados por los autores que adaptaron el instrumento a la cultura brasileña⁽⁴⁴⁾. Las maneras de afrontamiento se clasificaron en dos categorías: enfrentamiento enfocado en el problema y enfrentamiento enfocado en las emociones. La primera es una combinación de los elementos de cuatro factores (confrontación, búsqueda de soporte social, resolución de problemas y revalorización positiva) y la segunda se trata de una combinación

de tres factores: alejamiento, aceptación de responsabilidad y fuga/evasión. Se considerado el factor autocontrol como independiente, ya que puntúa igualmente en ambas categorías⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾. Los puntajes más elevados del instrumento indican mayor capacidad de enfrentamiento^(43,49). En esta investigación, la categoría de afrontamiento enfocado en el problema presentó Alfa de Cronbach de 0,87 y el enfocado en las emociones, Alfa de Cronbach de 0,85;

- *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)*⁽⁵⁰⁾ - instrumento adaptado para la población brasileña⁽⁵¹⁾, compuesto de 14 cuestiones de elección múltiple con dos sub-escalas, teniendo la ansiedad (HADS-A) y la depresión (HADS-D), siete ítems cada una. La puntuación de cada ítem varía de cero a tres, con puntaje total en cada sub-escala de 0 a 21. Se consideran normales los resultados entre 0 y 7, de 8 a 10 sugieren la posibilidad de perturbación y los superiores a 11 indican una probable perturbación. La puntuación 8 es el punto de corte entre la presencia o ausencia de sintomatología⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾. En esta investigación, la escala HADS obtuvo una puntuación total de Cronbach, de 0,71;
- *Escala de Satisfacción con el Soporte Social (ESSS)*⁽⁵²⁾ - instrumento constituido de 15 afirmaciones relativas a la percepción de soporte y apoyo que los respondientes reciben de los amigos, la familia y la comunidad. Se encuentran distribuidas en cuatro factores, siendo que deben revertirse 6 ítems para el análisis. La escala tiene un formato de respuesta Likert con 5 puntos (5 - Totalmente de acuerdo, 4 - De acuerdo, 3 - No estoy de acuerdo ni en desacuerdo, 2 - En desacuerdo y 1- Totalmente en desacuerdo), y cuando el valor obtenido es más elevado, más grande es la satisfacción con el soporte social⁽⁵²⁾. En este estudio, la escala presentó Alfa de Cronbach de 0,77;
- *Escala de Satisfacción Marital* - el instrumento se validó para la población brasileña⁽⁵³⁾. Posee tres opciones de respuesta para cada ítem, que permiten calificar el nivel de satisfacción del individuo con relación a los aspectos maritales: 1) me gusta cómo es 2) me gustaría que fuera un poco diferente, 3) me gustaría que fuera bien diferente. De esta manera, cuánto más altos los puntajes, peores son los resultados con respecto a la satisfacción marital. Esta escala está compuesta de 24 ítems distribuidos en tres dominios de la unión conyugal, cada uno

correspondiente a una sub-escala: (a) satisfacción con la interacción marital, (b) satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge y (c) aspectos estructurales, satisfacción con la forma de organización y establecimiento y cumplimiento de reglas por el cónyuge. En esta investigación, la escala presentó Alfa de Cronbach de 0,95;

- *Escala de Bienestar Subjetivo (EBES)*⁽¹²⁾ - este instrumento se construyó y se validó para la población brasileña, con dos sub-escalas. La primera está compuesta de 54 ítems, representa sentimientos y emociones y evalúa la dimensión del afecto (positivos y negativos), que constituye el bienestar. La persona responde en escala cómo se ha sentido últimamente, en la cual 1 significa 'ni un poco', 2 'un poco', 3 'moderadamente', 4 'bastante' y 5 'mucho'. La segunda sub-escala está compuesta de 15 frases que tratan de representar la satisfacción en la vida y el individuo responde en escala, en la cual 1 significa 'totalmente en desacuerdo', 2 'en desacuerdo', 3 'no sé', 4 'estoy de acuerdo' y 5 'estoy totalmente de acuerdo'. Cuanto más alto es el puntaje, mejor el bienestar subjetivo. En esta investigación, el Alfa presentado fue de 0,93;
- *Índice de Cáncer de Próstata Ampliado (EPIC)* - instrumento que evalúa la calidad de vida (funciones e incomodidad) de pacientes tras el tratamiento del cáncer de próstata⁽⁵⁴⁾. Incluye 50 preguntas, de cuatro dominios: urinario, que se subdivide en cuatro sub-escalas (Función, Incomodidad, Incontinencia e Irritativa/Obstructiva); intestinal, que se subdivide en dos sub-escalas (Función e Incomodidad); sexual, que se subdivide en dos sub-escalas (Función e Incomodidad) y hormonal, que subdivide en dos sub-escalas (Función e Incomodidad). Las opciones de respuesta para cada elemento del EPIC forman una escala de respuesta del tipo Likert de 0-5 puntos. Las puntuaciones obtenidas son transformadas para una escala de 0-100, y las más elevadas representan mejor calidad de vida relacionada a la salud⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.

Respecto al análisis de los datos, los resultados derivados de las variables cuantitativas continuas o discretas se describieron por medida de tendencia central (media) y por la respectiva medida de dispersión (desviación típica). Los resultados de las variables categóricas estaban descriptos por sus valores absolutos o por el porcentaje.

Para evaluar si las variables sociodemográficas, las condiciones intraoperatorias, las variables clínicas y psicológicas en los períodos estudiados eran predictoras de bienestar y de calidad de vida, se utilizó la metodología del análisis de regresión. Por lo tanto, se realizó el test del modelo lineal de efectos mixtos o efectos aleatorios (Generalized Linear Mixed Models)⁽⁵⁶⁾, que permite describir la tendencia temporal considerando la correlación que existe entre medias sucesivas y estimar la variación en la medida basal y el porcentual de cambio a lo largo del tiempo.

Las variables dependientes del estudio fueron las puntuaciones totales de las escalas EBES y EPIC. Se consideraron como variables independientes los puntajes totales de los dominios de HADS (ansiedad y depresión), los totales de los dominios del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Enfrentamiento Enfocado en el Problema y Enfrentamiento Enfocado en la Emoción), los totales de las demás escalas del estudio (EVA, Escala de Satisfacción con el Soporte Social, Escala de Satisfacción Marital), además de las variables sociodemográficas (edad y raza) y clínicas (tiempo de anestesia y de cirugía). Se efectuó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para obtener una distribución de las variables respuestas, de modo que fue testada la adherencia con la distribución Gamma. De esta manera, se evidenció que para la escala EBES la adecuación ocurrió en todos los tiempos analizados mientras que, para la EPIC, el rechazo ocurrió apenas en el período T0.

Con el fin de ayudar en la identificación de la mejor forma funcional, se aplicó un ajuste polinómico local (método no paramétrico 'loess'). En los primeros ajustes de los modelos de regresión, se probó el modelo con todas las variables y se incluyeron los términos polinómicos de orden cuadrático para las variables con sugerencia de ajuste polinómico. A continuación, se sacaron, de forma manual, aquellas variables que no poseían significación estadística. Después de retiradas, se efectuó un nuevo ajuste con las variables restantes. Se procedió de esta forma hasta que quedaran sólo las variables significativas.

Para todos los ajustes y testes realizados se adoptó el nivel de significación de 5% (Alfa=0.05) y se utilizó el programa R versión 3.3.0. Los análisis de modelos mixtos se llevaron a cabo utilizando las bibliotecas MASS (función glmmPQL y ggplot2) para elaborar los gráficos.

Resultados

El número inicial de participantes (T0) del estudio fue 120 (Figura 1).

Con relación a las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas de los participantes, el promedio de edad en la primera observación era 63,8 (DP = 7,7) años, el número medio de hijos, 3,1 (DP = 2,0) y la escolaridad, 5,1 (DP = 3,7) años. La mayoría (59,1%) era de color blanco, casados/juntos (89,1%), jubilados (61,6%) y moradores de la zona urbana (91,6%).

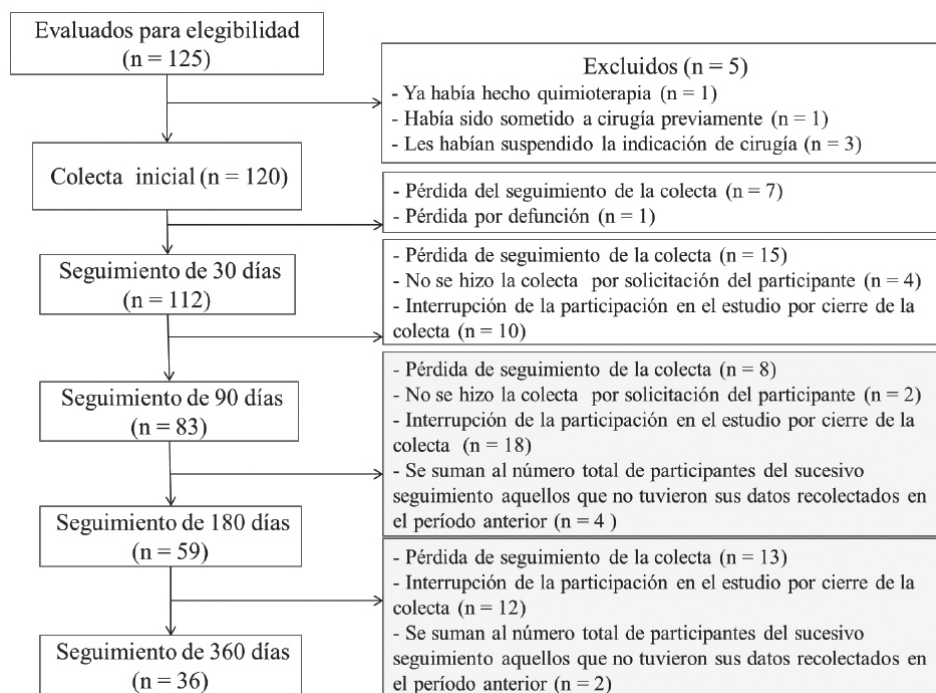


Figura 1 – Diagrama de los participantes de la investigación en los diferentes períodos de la colecta de datos Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016

El tiempo promedio de la cirugía fue 03:57 horas (DP = 1:00) y el de la anestesia, 04:44 horas (DP=01:15). Predominó la anestesia general balanceada (62,8%), la cirugía prostatectomía radical abierta supra púbrica (97,4%) y los pacientes clasificados con ASA II (79,5%), es decir, con enfermedad sistémica leve. El uso de catéter uretral oscilaba entre 11 y 48 días (media=14,7; DP=5,5). En T1, el 92,8% de los participantes no indicó complicaciones. Las complicaciones presentes fueron: infección del tracto urinario (n=2), fístula (n=2), dehiscencia y paresia de los miembros inferiores (n=1), además de remoción no programada del catéter uretral. Aparte de eso, el 96,4% presentaba incisión quirúrgica limpia y seca.

Los promedios de las puntuaciones de las demás variables, en los períodos T0-T4, constan a seguir (Tabla 1).

En el modelo inicial de regresión, los ítems edad, raza, tiempo de anestesia, dolor, enfrentamiento enfocado en la emoción, depresión y satisfacción con el soporte social no fueron predictores de bienestar

subjetivo ($p > 0,05$). En el modelo final del análisis de regresión, se observó que las variables tiempo de cirugía ($p \cong 0,000$), enfrentamiento enfocado en el problema ($p \cong 0,000$), ansiedad ($p = 0,007$) y satisfacción conyugal ($p = 0,010$) sí fueron predictoras de bienestar subjetivo (Tabla 2)

Se espera, para cada aumento de un punto en el enfrentamiento enfocado en el problema, que haya un aumento relativo en el promedio de bienestar subjetivo del 5,9%. Para cada aumento de un punto en la puntuación de ansiedad, se espera un aumento relativo en la media de bienestar del 0,6%. Para cada aumento de un punto en la puntuación (de la escala) de satisfacción marital, se espera un aumento relativo en la media de bienestar del 3,8%, lo que sugiere que cuanto más insatisfecho respecto a la relación conyugal mayor el bienestar subjetivo. Los participantes de esta investigación no presentaron diferencias entre los promedios de bienestar de los diferentes períodos analizados, al compararlos con T0.

Tabla 1 – Distribución de las variables Dolor, Enfrentamiento, Morbilidad Psicológica, Satisfacción con el Soporte Social, Satisfacción Marital, Bienestar Subjetivo y Calidad de Vida de hombres sometidos a prostatectomía, en los períodos estudiados. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016

Variable	T0*	T1†	T2‡	T3§	T4
	M [¶] (DP**)	M [¶] (DP**)	M [¶] (DP**)	M [¶] (DP**)	M [¶] (DP**)
Dolor	120 0,6(1,67)	112 2,4(2,7)	83 1,7(2,5)	59 1,0(2,1)	36 0,8(1,6)
Enfrentamiento Enfocado en el Problema	120 1,6(0,5)	112 1,5(0,6)	83 1,6(0,6)	59 1,5(0,6)	36 1,2(0,7)
Enfrentamiento Enfocado en la Emoción	120 1,2(0,6)	112 1,2(0,7)	83 1,3(0,7)	59 1,2(0,8)	36 1,4(0,6)
Morbilidad Psicológica	120 10,1(5,7)	112 8,6(5,3)	83 9,2(6,5)	59 8,3(6,0)	36 8,8(6,2)
Puntaje de Ansiedad	120 6,0(3,5)	112 5,0(3,5)	83 5,0(3,5)	59 4,4(3,6)	36 4,6(3,5)
Puntaje de Depresión	120 4,1(3,2)	112 3,5(2,7)	83 4,2(3,7)	59 3,8(3,1)	36 4,1(3,3)
Satisfacción con el Soporte Social	120 3,8(0,6)	112 3,8(0,5)	83 3,8(0,5)	59 3,9(0,6)	36 3,8(0,6)
Satisfacción marital	108 1,7(0,5)	102 1,7(0,5)	71 1,8(0,6)	59 1,7(0,6)	36 1,9(0,5)
Bienestar Subjetivo	120 2,7(0,5)	110 2,7(0,5)	83 2,6(0,4)	59 2,6(0,4)	36 2,5(0,5)
Calidad de Vida	120 81,8(11,1)	110 70,2(8,6)	83 68,6(9,5)	59 69,6(12,0)	36 74,5(11,7)
Función Urinaria	120 89,5(13,4)	110 75,2(15,4)	83 69,7(16,6)	59 77,6(18,9)	36 83,1(14,1)
Hábitos Intestinales	120 92,2(10,9)	110 88,6(9,9)	83 92,5(9,7)	59 92,1(11,7)	36 94,4(11,9)
Función Sexual	120 57,0(22,6)	110 29,0(12,4)	83 23,9(17,8)	59 23,4(19,4)	36 32,9(24,9)
Función Hormonal	120 89,2(14,6)	110 90,2(12,4)	83 90,1(11,3)	59 86,7(17,7)	36 89,1(12,0)

*T0 - línea de base; †T1 - 30 días; ‡T2 - 90 días; §T3 -180 días; ||T4- 360 días de postoperatorio; ¶ M - media; ** (DP) - desvío típico.

Cuando se evaluaron las posibles variables predictoras sociodemográficas, psicológicas y clínicas con relación a la calidad de vida, se evidenció que el dolor ($p \cong 0,000$), el enfrentamiento enfocado en la emoción ($p = 0,013$), la ansiedad ($p = 0,004$), la depresión ($p = 0,009$) y la satisfacción conyugal ($p = 0,018$) fueron predictoras de calidad de vida (Tabla 3).

Se espera, para cada aumento de un punto en la puntuación de dolor, que haya una reducción relativa

del 1,4% en la puntuación de calidad de vida, así como para cada aumento de un punto en la puntuación de depresión, haya una reducción relativa del 0,6% en la puntuación de calidad de vida.

Cuando se comparó con T0, la calidad de vida era inferior en todos los períodos del postoperatorio ($p < 0,05$). Por lo tanto, se espera una reducción relativa del 12,6% en T1, del 15,9% en T2, del 16,03% en T3 y del 7,5% en T4, en los puntajes de calidad de vida con relación al T0.

Tabla 2 – Análisis de los predictores de bienestar subjetivo usando modelos lineales de métodos mixtos. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016

Efectos Fijos	Modelo Inicial			Modelo final			95% IC [†]
	β^*	Error Estándar	p-valor	β^*	Error Estándar	p-valor	
(Interceptar)	0,713	0,216	0,001	0,810	0,036	0,000	2,094-2,414
Edad	0,000	0,001	0,913				
Piel Negra	0,022	0,036	0,548				
Piel Trigueña	-0,002	0,037	0,950				
Tiempo de Cirugía	-0,191	0,732	0,794	0,183	0,260	0,482	0,721-1,999
Tiempo de Cirugía 2 [‡]	0,573	0,032	0,030	0,865	0,253	0,000	1,444-3,907
Tiempo de Anestesia	0,027	0,032	0,390				
Dolor	-0,002	0,003	0,413				
Enfrentamiento Enfocado en el Problema	0,053	0,025	0,038	0,058	0,014	0,000	1,028-1,090
Enfrentamiento Enfocado en la Emoción	0,004	0,023	0,843				
Ansiedad	0,006	0,002	0,022	0,006	0,002	0,007	1,001-1,011
Depresión	0,001	0,003	0,728				
Satisfacción con el Soporte Social	-0,013	0,015	0,387				
Satisfacción Marital	0,037	0,015	0,015	0,037	0,014	0,010	1,009-1,068

* β - beta; [†]IC - intervalo de confianza; [‡]2 - Términos polinómicos de orden cuadrática.

Tabla 3 – Análisis de los predictores de calidad de vida usando modelos lineales de métodos mixtos. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2016

Efectos Fijos	Modelo Inicial			Modelo final			95% IC [†]
	β^*	Error Estándar	p-valor	β^*	Error Estándar	p-valor	
(Interceptar)	4,369	0,118	0,000	4,441	0,016	0,000	82,175-87,679
Edad	0,000	0,001	0,886				
Piel Negra	-0,017	0,028	0,537				
Piel Trigueña	0,006	0,028	0,814				
Tiempo de Cirugía	0,028	0,029	0,338				
Tiempo de Anestesia	-0,022	0,024	0,371				
Dolor	-0,013	0,003	0,000	-0,014	0,002	0,000	0,979-0,991
Enfrentamiento Enfocado en el Problema	0,272	0,254	0,284				
Enfrentamiento Enfocado en el Problema 2 [‡]	0,023	0,186	0,898				
Enfrentamiento Enfocado en la Emoción	-0,319	0,273	0,243	-0,149	0,155	0,336	0,635-1,167
Enfrentamiento Enfocado en la Emoción 2 [‡]	0,399	0,187	0,033	0,341	0,136	0,013	1,076-1,839
Ansiedad	-0,513	0,168	0,002	-0,472	0,164	0,004	0,452-0,860
Ansiedad2 [‡]	-0,436	0,130	0,001	-0,425	0,132	0,001	0,503-0,847
Depresión	-0,005	0,002	0,047	-0,006	0,002	0,009	0,988-0,998
Satisfacción con el Soporte Social	0,010	0,013	0,432				
Satisfacción Conyugal	-0,054	0,148	0,712	-0,061	0,147	0,676	0,703-1,255
Satisfacción Conyugal 2 [‡]	0,294	0,140	0,037	0,330	0,139	0,018	1,058-1,829

* β - beta; [†]IC - intervalo de confianza; [‡]2 - Términos polinómicos de orden cuadrática.

Discusión

La literatura señala que a menudo ocurre un desequilibrio o desigualdad en el número de participantes de estudios longitudinales⁽⁵⁶⁾. En la presente investigación, hubo una variación del número de participantes en los tiempos de evaluación. La pérdida de seguimiento puede perjudicar la validez interna y la conclusión del estudio⁽⁵⁷⁾, aunque la salida de un participante puede ser reversible. Por esta razón, sería prematuro considerar un único episodio de no respuesta como no participación⁽⁵⁸⁾. Esto presupone que los análisis pueden incluir pérdidas temporales en momentos anteriores, como ocurrió en esta investigación en T2 y T3 (Figura 1). Para ajustar los datos a las características de la delineación del estudio, se realizaron análisis por modelos de efectos mixtos, que aceptan que las medidas de los individuos no necesitan estar iguales en todos los momentos⁽⁵⁶⁾.

Con respecto a las variables sociodemográficas, edad y raza/color no fueron predictoras, al igual que en otros estudios con resultados similares.^(55,59) Sin embargo, algunas investigaciones señalan que la edad superior a 60 años propició impactos mayores en la calidad de vida⁽⁶⁰⁾ y que los individuos de piel blanca presentaron mejor supervivencia que los de piel negra⁽⁶¹⁻⁶²⁾.

Con respecto a las condiciones del procedimiento quirúrgico, el tiempo de cirugía fue predictor de bienestar subjetivo. Existen relatos en la literatura que el tiempo mayor de cirugía de prostatectomía radical está relacionado con más complicaciones, largos períodos de internación y costos más elevados, lo que perjudica el bienestar del paciente^(21,63). El mecanismo por el cual se prolonga el alta hospitalaria y por ende se ve afectado el proceso de recuperación, está explicado por la complejidad de la patología que exigió la intervención quirúrgica y por la exposición prolongada al procedimiento anestésico-quirúrgico y a los agentes anestésicos⁽²²⁾. Un estudio apuntó que un aumento en el tiempo operatorio, de 30 a 60 minutos, en cirugía de prostatectomía radical, estaba asociado a 1,6 y 2,8 veces de riesgo mayor de eventos tromboembólicos venosos sintomáticos⁽²¹⁾. En la presente investigación, la relación entre el tiempo de cirugía y el bienestar, se puede explicar por la evaluación cognitiva (positiva) del participante sobre haber pasado con éxito por el procedimiento anestésico quirúrgico, con expectativa de cura para el cáncer de próstata.

El tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata involucra beneficios potenciales y riesgos^(3,64-65). Los factores inherentes al paciente y al proceso quirúrgico pueden influenciar el desarrollo de problemas relacionados con el tratamiento del cáncer y el tiempo

de duración. Muchos problemas persisten durante años, afectando la calidad de vida y el bienestar del paciente⁽⁶⁶⁻⁶⁸⁾.

En relación con las variables clínicas, el dolor fue variable predictor de la calidad de vida. Este síntoma fue señalado como factor común post-prostatectomía radical, relacionado con la reducción de la calidad de vida de los pacientes, en especial respecto al funcionamiento social, a la interferencia en la caminata y en el trabajo, aunque el impacto en dichas actividades fuera disminuyendo con el tiempo⁽²⁴⁻²⁵⁾.

En el presente estudio, en relación a las variables emocionales, cabe destacar que la ansiedad fue predictora de bienestar subjetivo y de calidad de vida. La depresión fue predictora de calidad de vida solamente. Sin embargo, tanto en la predicción de ansiedad con relación al bienestar, como en la de depresión con respecto a la calidad de vida, los resultados señalaron una relación directa, es decir, cuando se estima el aumento de la primera variable predictora, se estima, también, el de la variable desenlace.

Según la literatura, los síntomas psicológicos como la ansiedad y la depresión, estaban relacionados con los peores resultados del postoperatorio y la calidad de vida, así como también, la sensibilidad de los síntomas después de la cirugía, como el dolor. Estos síntomas pueden llegar a influenciar negativamente a los pacientes en la motivación, el nivel de energía, el enfrentamiento de la enfermedad y en la adhesión al tratamiento⁽³⁴⁾.

El sufrimiento emocional, vivido por el paciente con cáncer de próstata, puede estar relacionado con el miedo de las limitaciones inherentes a la enfermedad, el tratamiento y el miedo a la muerte. El estrés emocional también puede ser generado por interpretaciones distorsionadas de la realidad, por evaluaciones reales o recuerdos desagradables, así como por proyecciones pesimistas frente a las necesidades del tratamiento⁽⁶⁹⁾. La ansiedad y la depresión pueden llegar a influenciar negativamente la motivación, la energía, el enfrentamiento de la enfermedad, la adhesión al tratamiento y, como consecuencia, el bienestar de los pacientes⁽³⁴⁾.

Sobre el tipo de enfrentamiento, en el presente estudio, aquel enfocado en el problema fue solo predictor de bienestar subjetivo, mientras que el enfrentamiento enfocado en la emoción fue predictor de calidad de vida. Un estudio señaló que la intensidad de los síntomas postoperatorios estaba inversamente relacionada con la capacidad de tratar con las situaciones estresantes⁽²⁸⁾. Otra investigación demostró que los pacientes tenían tendencias para lidiar por estilos enfocados en los problemas en lugar de los enfocados en la emoción⁽³⁰⁾. En este sentido, el enfrentamiento enfocado en el problema

fue capaz de predecir positivamente el bienestar psicológico, mientras que el enfocado en la emoción, lo hizo negativamente⁽²⁹⁾. Los pacientes sometidos a la prostatectomía radical, que usaron el enfrentamiento enfocado en el problema, experimentaron menos ansiedad y síntomas depresivos al compararlos a los que usaron el enfrentamiento centrado en la emoción⁽⁷⁰⁾. El enfrentamiento enfocado en el problema fue predictor de calidad de vida durante el período de seis y doce meses del postoperatorio de prostatectomía radical⁽⁶⁸⁾.

No obstante, en nuestra investigación, el modo de enfrentamiento enfocado en la emoción fue predictor de calidad de vida. Este resultado trae una nueva reflexión sobre los modos de enfrentamiento, una vez que se contraponen a los hallados en la literatura^(30,68).

En este estudio, la variable satisfacción respecto del soporte social, con relevancia en situaciones de enfermedades crónicas en la que el apoyo de la red social se hace presente, no fue predictora de bienestar o calidad de vida.

La satisfacción marital, sin embargo, fue predictora tanto de bienestar subjetivo como de calidad de vida. Los resultados señalaron que para el aumento del puntaje de la medida de satisfacción marital, es decir, un deseo grande de cambio en la relación, se esperaba un aumento de la calidad de vida, así como de bienestar. Cabe suponer que la clase y el tiempo de relación marital podría haber influenciado tales resultados. Es posible que el manejo de situaciones enfrentadas por hombres sometidos a la prostatectomía radical resulte en insatisfacción conyugal. Por otro lado, la disminución de exigencias de parte del cónyuge podría aumentar el bienestar del paciente. En la literatura, el soporte marital aparece como predictor de calidad de vida⁽³⁷⁻³⁹⁾.

En el tratamiento del cáncer de próstata, el cónyuge asume el papel de mantenedor del equilibrio emocional, internalizando sus sentimientos para brindarle una perspectiva positiva a su pareja. La respuesta del cónyuge a los resultados del tratamiento puede afectar su propia calidad de vida y la del paciente^(38,71). Un estudio señaló que el apoyo conyugal está asociado a niveles más elevados de calidad de vida y es esencial para el ajuste conyugal⁽⁷²⁻⁷³⁾.

Al considerarse las variables desencadenadas en el presente estudio, cabe reiterar la asociación del bienestar subjetivo a los aspectos de la salud mental y, en menor grado, a las variables físicas⁽⁷⁴⁾. El bienestar subjetivo puede verse afectado por diversos factores, tales como las características de la personalidad, la condición de salud, la capacidad para administrar la vida económica, la presencia de relaciones de apoyo, el lugar donde vive, la libertad de poder elegir en la vida y disfrutar de lo que hace⁽⁷⁻⁸⁾. En el presente estudio (Tabla 2), el tiempo

de cirugía, la ansiedad, el enfrentamiento enfocado en el problema y el deseo de cambios en la satisfacción marital fueron factores predictores de bienestar.

La distribución de los promedios de bienestar de T1 a T4 no sugirió diferencias en relación a T0. Este resultado estaría relacionado al período de observación (360 días), el cual podría haber sido insuficiente para la recuperación de los efectos psicológicos inherentes a las frustraciones, así como a la no aceptación de los cambios exigidos por la enfermedad y por el tratamiento. Por consiguiente, el nivel de bienestar permaneció constante, a diferencia del estudio que relata que en los primeros meses después de la prostatectomía radical, este factor era estable, pero empezó a aumentar al cabo de tres meses⁽⁶⁾.

En el presente estudio, como fue expuesto, el aumento del bienestar estaba relacionado con un deseo muy grande de alterar la condición marital. Por esta razón, estos resultados podrían ser considerados dispares, ya que la literatura relata que el aumento del bienestar está relacionado con el aumento de la satisfacción marital^(38,71). El aumento de la ansiedad presentó, también, una relación positiva con el aumento de la calidad de vida. Por otro lado, la literatura destaca que se la considerada predictora de diversos resultados indeseables después de la cirugía, aunque predictora de calidad de vida en un estudio entre hombres prostatectomizados⁽⁷⁰⁾.

La importancia en identificar el nivel de bienestar se apoya en las evidencias de estudios que señalaron tener el alto nivel de bienestar subjetivo contribuido en el proceso de recuperación quirúrgica, una vez que elevó el nivel de energía del paciente y favoreció el desarrollo de las actividades de vida diaria⁽⁶⁻⁸⁾, además de haber actuado como factor protector contra enfermedades mentales, síntomas psicopatológicos y marcadores biológicos de salud física⁽⁷⁵⁾. Por otro lado, el bienestar bajo influenció de forma negativa los resultados funcionales y emocionales del paciente en el postoperatorio⁽⁷⁶⁾. El impacto negativo en el bienestar psicológico y en el estado de salud en general después de la prostatectomía radical, estaba relacionado con problemas fisiológicos, como incontinencia urinaria y/o disfunción eréctil, derivados del propio tratamiento⁽⁷⁷⁻⁷⁸⁾.

En relación a la variable desenlace de este estudio, la calidad de vida, cabe señalar que en todos los períodos del postoperatorio los puntajes medios obtenidos fueron inferiores a los de T0, sugiriendo que en T4 los participantes no habían recuperado aún la condición de la línea de base. Sin embargo, un estudio respaldó que cerca del 90% de los pacientes llegaron a la línea de base en ámbitos de calidad de vida, en un período medio de cinco meses⁽²⁷⁾. Otro estudio identificó

que la calidad de vida fue inferior a la línea de base, principalmente en los resultados referentes a la función urinaria, tanto en el período de tres como en el de seis meses⁽⁷⁹⁾. Ciertos autores relatan que la persistencia de efectos adversos, como la impotencia sexual y la incontinencia urinaria, pueden perdurar por un período de dos⁽⁴⁾ a cuatro años⁽⁸⁰⁾, lo que refuerza los hallazgos del presente estudio.

Delante de los factores que pueden influenciar la calidad de vida, estudiados en esta investigación, se nota que el dolor, la ansiedad y la depresión fueron factores predictores negativos para la calidad de vida, mientras que la estrategia de enfrentamiento enfocado en la emoción y las puntuaciones elevadas en la escala de satisfacción conyugal fueron predictores positivos (Tabla 3).

Los desafíos generados por el cáncer de próstata no sólo afectan la calidad de vida de los individuos, sino también la relación entre ellos y sus cónyuges. Estudios señalan que el estrés general, asociado al cuidado y a las preocupaciones, comprobaron perturbación del sueño y de la sensación de bienestar, además de disminuir la calidad de vida del cónyuge⁽⁷¹⁾. Además, las parejas que se valieron de estrategias para combatir la preocupación sobre el cáncer y sobre los cambios sexuales, lidiaban mejor con las pérdidas y transformaciones relacionadas con la prostatectomía⁽³⁹⁾. En este sentido, los resultados de esta investigación son dispares, ya que el deseo de alterar la condición conyugal vivida, o sea, la no satisfacción marital, se relacionó positivamente con la calidad de vida, como ya se había descrito con respecto al bienestar. De igual manera, el enfrentamiento enfocado en la emoción relacionada positivamente a la calidad de vida difiere de lo esperado, aunque podría representar la expectativa de que los esfuerzos cognitivos y las conductas dirigidas a reducir el estrés emocional resulten en una mejor calidad de vida.

No se identificaron investigaciones en la literatura con las mismas características que expliquen las relaciones positivas de la condición de deseo de cambio en los niveles de satisfacción conyugal con el bienestar y la calidad de vida. Tales relaciones serán explicadas por nuevos estudios que consideren las posibles variables mediadoras o moderadoras de este resultado, tales como la estrategia de afrontamiento, los estándares sociales, los valores, las expectativas del papel del cónyuge, las condiciones de salud, entre otras.

Los resultados presentados refuerzan algunas relaciones de predicción descritas en la literatura, pero, para otras variables, tales relaciones no se sostienen en las condiciones de este estudio. En lo tocante a tales divergencias, esta investigación brinda soporte para futuros estudios, en especial por haber empleado

medidas válidas para obtener los datos, con valores adecuados Alfas de Cronbach. Además, contribuye como un llamado la atención del equipo de salud sobre la influencia de tales variables en la recuperación del paciente sometido a una prostatectomía.

No obstante, es posible señalar algunas limitaciones: el llenado de los instrumentos mediante la lectura de las instrucciones y de los ítems por el investigador; la operacionalización de la recolección de datos, que reveló una gran falla en el seguimiento; y la variación del intervalo para recolectar los datos, condicionada a la dinámica del ambulatorio o a la necesidad clínica de los participantes.

Conclusión

Los resultados de esta investigación demuestran que las variables tiempo de cirugía, enfrentamiento enfocado en el problema, ansiedad y deseo de cambio en los niveles de satisfacción marital fueron predictores de bienestar subjetivo. Por otro lado, las variables dolor, ansiedad y depresión se constituyeron en predictores negativos, mientras que la estrategia de enfrentamiento enfocado en la emoción y el deseo de cambio en los niveles de satisfacción marital fueron predictores positivos de calidad de vida en hombres sometidos a la prostatectomía radical, en el período de un año. De esta forma, esta investigación presenta algunos resultados sobre predicción, distintos de los encontrados en la literatura: la satisfacción marital presentó relación inversa como predictora de calidad de vida y bienestar, el modo de enfrentamiento enfocado en la emoción fue predictor de calidad de vida y la ansiedad, predictora positiva de bienestar social.

Referencias

1. Klein J, Ludecke D, Hofreuter-Gatgens K, Fisch M, Graefen M, Von Dem Knesebeck O. Income and health-related quality of life among prostate cancer patients over a one-year period after radical prostatectomy: a linear mixed model analysis. *Qual Life Res.* 2017;1(1):1-11. doi: <http://doi.org/10.1007/s11136-017-1582-9>.
2. World Health Organization (WHO). Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020. [Internet]. [cited May 31, 2017]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/>.
3. Novara G, Ficarra V, Rosen RC, Artibani W, Costello A, Eastham JA, et al. Systematic review and meta-analysis of perioperative outcomes and complications after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2012;62(3):431-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2012.05.044>.

4. Bessaoud F, Orsini M, Iborra F, Rebillard X, Faix A, Soulier M, et al. [Urinary incontinence and sexual dysfunction after treatment of localized prostate cancer: Results from a population aged less than 65 years old]. *Bull Cancer*. 2016;103(10):829-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bulcan.2016.09.011>.
5. Amorim GLCC, Cruz GMG, Veloso DFM, Kartabil JD, Vieira JC, Alves PR. Análise comparativa das técnicas de prostatectomia radical perineal e suprapúbica na abordagem do câncer de próstata localizado. *Einstein*. 2010;8(2):200-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010ao1592>.
6. Lee WR, Hall MC, McQuellon RP, Case LD, McCullough DL. A prospective quality-of-life study in men with clinically localized prostate carcinoma treated with radical prostatectomy, external beam radiotherapy, or interstitial brachytherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2001;51(3):614-23. doi: [http://doi.org/10.1016/S0360-3016\(01\)01707-2](http://doi.org/10.1016/S0360-3016(01)01707-2).
7. Ngamaba KH. Determinants of subjective well-being in representative samples of nations. *Eur J Public Health*. 2016;1(1):1-6. doi: <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckw103>.
8. Wang M, Wang S, Zhang X, Xia Q, Cai G, Yang X, et al. Analysis on the situation of subjective well-being and its influencing factors in patients with ankylosing spondylitis. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14(1):118. doi: <http://doi.org/10.1186/s12955-016-0522-7>.
9. Albuquerque SA, Troccoli BT. Development of a subjective well-being scale. *Psicologia: Teor Pesq*. 2004;20(2):153-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000200008>.
10. Giacomoni, HC. Subjective well-being: the search for quality of life. *Temas Psicol*. [Internet]. 2004 June [cited Sept 19, 2017];12(1):43-50. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v12n1/v12n1a05.pdf>.
11. Kuykendall L, Tay L, Ng V. Leisure engagement and subjective well-being: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2015;141(2):364-403. doi: <http://doi.org/10.1037/a0038508>.
12. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL).. In: *Quality of life assessment: international Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-642-79123-9_4.
13. Adamowicz K. Assessment of quality of life in advanced, metastatic prostate cancer: an overview of randomized phase III trials. *Qual Life Res*. 2016;26(4):813-22. doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1429-9>.
14. Aarts MA, Okrainec A, Glicksman A, Pearsall E, Victor JC, McLeod RS. Adoption of enhanced recovery after surgery (ERAS) strategies for colorectal surgery at academic teaching hospitals and impact on total length of hospital stay. *Surg Endosc*. 2012;26(2):442-50. doi: <http://doi.org/10.1007/s00464-011-1897-5>.
15. Mortensen K, Nilsson M, Slim K, Schafer M, Mariette C, Braga M, et al. Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Br J Surg*. 2014;101(10):1209-29. doi: <http://doi.org/10.1002/bjs.9582>.
16. Nanavati AJ, Prabhakar S. Fast-track surgery: Toward comprehensive peri-operative care. *Anesth Essays Res*. 2014;8(2):127-33. doi: <http://doi.org/10.4103/0259-1162.134474>.
17. Romanzini AE, Carvalho EC, Galvão CM. Delayed surgical recovery: a concept analysis. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(05):956-60. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680526i>.
18. Katter JK, Greenglass E. The influence of mood on the relation between proactive coping and rehabilitation outcomes. *Can J Aging*. 2013;32(1):13-20. doi: <http://doi.org/10.1017/S071498081200044X>.
19. Ding Y, Wu H, Warden C, Steele L, Liu X, Itersen MV, et al. Gene Expression Differences in Prostate Cancers between Young and Old Men. *PLoS Genet*. 2016;12(12):e1006477. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pgen.1006477>.
20. Ferrer M, Guedea F, Suarez JF, de Paula B, Macias V, Marino A, et al. Quality of life impact of treatments for localized prostate cancer: cohort study with a 5 year follow-up. *Radiother Oncol*. 2013;108(2):306-13. doi: <http://doi.org/10.1016/j.radonc.2013.05.038>.
21. Abel EJ, Wong K, Sado M, Levenson GE, Patel SR, Downs TM, et al. Surgical operative time increases the risk of deep venous thrombosis and pulmonary embolism in robotic prostatectomy. *JSLs*. 2014;18(2):282-7. doi: <http://doi.org/10.4293/JSLs.2014.00101>.
22. Harrison OJ, Smart NJ, White P, Brigid A, Carlisle ER, Allison AS, et al. Operative time and outcome of enhanced recovery after surgery after laparoscopic colorectal surgery. *JSLs*. 2014;18(2):265-72. doi: <http://doi.org/10.4293/108680813X13753907291918>.
23. Gainsburg DM, Wax D, Reich DL, Carlucci JR, Samadi DB. Intraoperative management of robotic-assisted versus open radical prostatectomy. *JSLs*. 2010;14(1):1-5. doi: <http://doi.org/10.4293/108680810X12674612014266>.
24. Sall M, Madsen FA, Rhodes PR, Jonler M, Messing EM, Bruskewitz RC. Pelvic pain following radical retropubic prostatectomy: a prospective study. *Urology*. 1997;49(4):575-9. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295\(96\)00570-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295(96)00570-5).

25. Haythornthwaite JA, Raja SN, Fisher B, Frank SM, Brendler CB, Shir Y. Pain and quality of life following radical retropubic prostatectomy. *J Urol*. 1998;160(5):1761-4. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347\(01\)62400-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-5347(01)62400-5).
26. Khan RS, Ahmed K, Blakeway E, Skapinakis P, Nihoyannopoulos L, Macleod K, et al. Catastrophizing: a predictive factor for postoperative pain. *Am J Surg*. 2011;201(1):122-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2010.02.007>.
27. Kirschner-Hermanns R, Jakse G. Quality of life following radical prostatectomy. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2002;43(2):141-51. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1040-8428\(02\)00026-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1040-8428(02)00026-4).
28. Kjolhede P, Borendal Wodlin N, Nilsson L, Fredrikson M, Wijma K. Impact of stress coping capacity on recovery from abdominal hysterectomy in a fast-track programme: a prospective longitudinal study. *BJOG*. 2012;119(8):998-1006. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03342.x>.
29. Mayordomo T, Viguer P, Sales A, Satorres E, Melendez JC. Resilience and Coping as Predictors of Well-Being in Adults. *J Psychol*. 2016;150(7):809-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2016.1203276>.
30. Asuzu CC, Elumelu TN. Assessing cancer patients' quality of life and coping mechanisms in Radiotherapy Department of the University College Hospital, Ibadan. *Psychooncology*. 2013;22(10):2306-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3290>.
31. Scholz U, Knoll N, Roigas J, Gralla O. Effects of provision and receipt of social support on adjustment to laparoscopic radical prostatectomy. *Anxiety Stress Coping*. 2008;21(3):227-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10615800801983759>.
32. 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*. (Engl). 2010;19(6):736-45. doi: <https://doi.org/10.1080/10615800801983759>.
33. Yilmaz M, Sezer H, Gurler H, Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *J Clin Nurs*. 2012;21(7-8):956-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x>.
34. Duivenvoorden T, Vissers MM, Verhaar JA, Busschbach JJ, Gosens T, Bloem RM, et al. Anxiety and depressive symptoms before and after total hip and knee arthroplasty: a prospective multicentre study. *Osteoarthr Cartil*. 2013;21(12):1834-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joca.2013.08.022>.
35. Punnen S, Cowan JE, Dunn LB, Shumay DM, Carroll PR, Cooperberg MR. A longitudinal study of anxiety, depression and distress as predictors of sexual and urinary quality of life in men with prostate cancer. *BJU Int*. 2013;112(2):E67-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/bju.12209>.
36. Tavlarides AM, Ames SC, Diehl NN, Joseph RW, Castle EP, Thiel DD, et al. Evaluation of the association of prostate cancer-specific anxiety with sexual function, depression and cancer aggressiveness in men 1 year following surgical treatment for localized prostate cancer. *Psychooncology*. 2013;22(6):1328-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3138>.
37. Pereira RF, Daibs YS, Tobias-Machado M, Pompeo ACL. Quality of life, behavioral problems, and marital adjustment in the first year after radical prostatectomy. *Clin Genitourin Cancer*. 2011;9(1):53-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clgc.2011.05.005>.
38. Zhou ES, Kim Y, Rasheed M, Benedict C, Bustillo NE, Soloway M, et al. Marital satisfaction of advanced prostate cancer survivors and their spousal caregivers: the dyadic effects of physical and mental health. *Psychooncology*. 2011;20(12):1353-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1855>.
39. Wittmann D, Northouse L, Crossley H, Miller D, Dunn R, Nidetz J, et al. A pilot study of potential pre-operative barriers to couples' sexual recovery after radical prostatectomy for prostate cancer. *J Sex Marital Ther*. 2015;41(2):155-68. doi: <http://doi.org/10.1080/092623X.2013.842194>.
40. Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Research designs. *Acta Cir Bras*. 2005;20(Supl.2): 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>.
41. Webster G, Ikino CMY, Salles BW, Lino AR, Manoel EN, Carreira W Filho. Evaluating the effect of the temporomandibular disorder treatment over tinnitus. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2011;15(3):327-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-48722011000300010>.
42. Martinez EJ, Grassi DC, Marques LG. Analysis of the applicability of different pain questionnaires in three hospital settings: outpatient clinic, ward and emergency unit. *Rev Bras Reumatol*. 2011;15(4):299-308. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042011000400002>.
43. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol*. 1985;48(1):150-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>.
44. Savóia MG, Santana PR, Mejias N. The adaptation of Coping Strategies Inventory by Folkman and Lazarus into Portuguese. *Psicol USP*. [Internet]. 1996 [cited 19 Sept, 2017];7(1-2):183-201. Available from: <http://www.periodicos.usp.br/psicousp/article/view/34538>.

45. Nunes TS, Abrahão AR. Maternal repercussions of fetal anomaly pre-natal diagnosis. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(5):565-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600078>.
46. Pompeo DA, Carvalho A, Olive AM, Souza MGG, Galera SAF. Strategies for coping with family members of patients with mental disorders. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24(e2799):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1311.2799>.
47. Dunkel-Schetter C, Folkman S, Lazarus RS. Correlates of social support receipt. *J Pers Soc Psychol.* 1987;53(1):71-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.71>.
48. Cormier-Daigle M, Stewart M. Support and coping of male hemodialysis-dependent patients. *Int J Nurs Stud.* 1997;34(6):420-30. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(97\)00035-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(97)00035-7).
49. Lev EL, Eller LS, Gejerman G, Lane P, Owen SV, White M, et al. Quality of life of men treated with brachytherapies for prostate cancer. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2(28):1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-2-28>.
50. Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.
51. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia CJ, Pereira WAB. Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). *Rev Saúde Pública.* 1995;29(5):355-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>.
52. Ribeiro JLP. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Anal Psicológica.* [Internet]. 1999 [Acesso 19 set 2017]; 17(3):547-58. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>.
53. Dela Coleta MF. Locus of control and marital satisfaction. *Psicol: Teor Pesq.* [Internet]. 1992 [Acesso Sept 19, 2017]; 8(2):243-52. Available from: <http://periodicos.unb.br/index.php/revistatp/article/view/20470/14576>.
54. Wei JT, Dunn RL, Litwin MS, Sandler HM, Sanda MG. Development and validation of the expanded prostate cancer index composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urology.* 2000;56(6):899-905. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295\(00\)00858-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295(00)00858-X).
55. Alves E, Medina R, Andreoni C. Validation of the Brazilian version of the Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) for patients submitted to radical prostatectomy. *Int. Braz J Urol.* 2013;39(3):344-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2013.03.07>.
56. Fausto MA, Carneiro M, Antunes CMF, Pinto JA, Colosimo EA. Mixed linear regression model for longitudinal data: application to an unbalanced anthropometric data set. *Cad Saúde Pública.* 2008;4(3):513-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300005>.
57. Oliveira MAP, Parente RCM. Cohort and Case-Control Studies in the Evidence-Based Medicine Era. *Bras. J Video-Sur.* [Internet]. 2010 [cited April 5, 2018];3(3):115-25. Disponível em: https://www.sobracil.org.br/revista/jv030303/bjvs030303_115.pdf.
58. Barreto SM, Ladeira RM, Bastos MSCBO, Diniz MFHS, Jesus IA, Kelles SMB, et al. ELSA-Brasil strategies for outcome identification, investigation and ascertainment. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(supl.2):79-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003836>.
59. Mata LRF, Carvalho EC, Gomes CRG, Silva AC, Pereira MG. Postoperative self-efficacy and psychological morbidity in radical prostatectomy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015;23(5):806-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0456.2618>.
60. Ji G, Huang C, Song G, Xiong G, Fang D, Wang H, et al. Are the Pathological Characteristics of Prostate Cancer More Aggressive or More Indolent Depending upon the Patient Age? *Biomed Res Int.* 2017;2017(1):1-6. doi: <https://doi.org/10.1155/2017/1438027>.
61. Cohen JH, Schoenbach VJ, Kaufman JS, Talcott JA, Schenck AP, Peacock S, et al. Racial differences in clinical progression among Medicare recipients after treatment for localized prostate cancer (United States). *Cancer Causes Control.* 2006;17(6):803-11. doi: <https://doi.org/10.1007/s10552-006-0017-7>.
62. Pietro GD, Chornokur G, Kumar NB, Davis C, Park JY. Racial Differences in the Diagnosis and Treatment of Prostate Cancer. *Int Neurourol J.* 2016;20(Suppl.2):112-9. doi: <https://doi.org/10.5213/inj.1632722.361>.
63. Saldanha OR, Salles AG, Llaverias F, Saldanha OR Filho, Saldanha CB. Predictive factors for complications in plastic surgery procedures - suggested safety scores. *Rev Bras Cir Plást.* 2014;29(1):105-13. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2014RBCP0018>.
64. Eisemann N, Nolte S, Schnoor M, Katalinic A, Rohde V, Waldmann A. The ProCaSP study: quality of life outcomes of prostate cancer patients after radiotherapy or radical prostatectomy in a cohort study. *BMC Urol.* 2015;15(28):1-11. doi: <http://doi.org/10.1186/s12894-015-0025-6>.
65. Chambers SK, Ferguson M, Gardiner RA, Aitken J, Occhipinti S. Intervening to improve psychological outcomes for men with prostate cancer. *Psychooncology.* 2013;22(5):1025-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3095>.

66. He F, Cao R, Feng Z, Guan H, Peng J. The impacts of dispositional optimism and psychological resilience on the subjective well-being of burn patients: a structural equation modelling analysis. *PLoS ONE*. 2013;8(12):e82939. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0082939>.
67. McDonough MH, Sabiston CM, Wrosch C. Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psychooncology*. 2014;23(1):114-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3380>.
68. Lev EL, Eller LS, Gejerman G, Kolassa J, Colella J, Pezzino J, et al. Quality of life of men treated for localized prostate cancer: outcomes at 6 and 12 months. *Support Care Cancer*. 2009;17(5):509-17. doi: <http://doi.org/10.1007/s00520-008-0493-2>.
69. Pereira MG, Ponte M, Ferreira G, Machado JC. Quality of life in patients with skin tumors: the mediator role of body image and social support. *Psychooncology*. 2017;26:815-21. doi: <http://doi.org/10.1002/pon.4236>.
70. Lafaye A, Petit S, Richaud P, Houede N, Baguet F, Cousson-Gelie F. Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses. *Psychooncology*. 2014;23(7):797-803. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3483>.
71. Harden JK, Sanda MG, Wei JT, Yarandi H, Hembroff L, Hardy J, et al. Partners' long-term appraisal of their caregiving experience, marital satisfaction, sexual satisfaction, and quality of life 2 years after prostate cancer treatment. *Cancer Nurs*. [Internet]. 2013 [cited Sept 19, 2017]; 36(2):104-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814170/>.
72. Pereira RF, Daibs YS, Tobias-Machado M, Pompeo AC. Quality of life, behavioral problems, and marital adjustment in the first year after radical prostatectomy. *Clin Genitourin Cancer*. 2011;9(1):53-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clgc.2011.05.005>.
73. Zhou ES, Kim Y, Rasheed M, Benedict C, Bustillo NE, Soloway M, et al. Marital satisfaction of advanced prostate cancer survivors and their spousal caregivers: the dyadic effects of physical and mental health. *Psycho-Oncology*. 2011;20(12):1353-7. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.1855>.
74. Mandel P, Preisser F, Graefen M, Steuber T, Salomon G, Haese A, et al. High Chance of Late Recovery of Urinary and Erectile Function Beyond 12 Months After Radical Prostatectomy. *Eur Urol*. 2017;71(6):848-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2016.09.030>.
75. Weiss LA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. Can We Increase Psychological Well-Being? The Effects of Interventions on Psychological Well-Being: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE*. 2016;11(6):e0158092. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0158092>.
76. Barlesi F, Doddoli C, Loundou A, Pillet E, Thomas P, Auquier P. Preoperative psychological global well being index (PGWBI) predicts postoperative quality of life for patients with non-small cell lung cancer managed with thoracic surgery. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2006;30(3):548-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcts.2006.05.032>.
77. Ficarra V, Righetti R, D'Amico A, Pilloni S, Balzarro M, Schiavone D, et al. General state of health and psychological well-being in patients after surgery for urological malignant neoplasms. *Urol Int*. 2000;65(3):130-4. doi: <http://doi.org/10.1159/000064857>.
78. Sopko NA, Burnett AL. Erection rehabilitation following prostatectomy--current strategies and future directions. *Nat Rev Urol*. 2016;13(4):216-25. doi: <http://doi.org/10.1038/nrurol.2016.47>.
79. Wagner AA, Cheng PJ, Carneiro A, Dovirak O, Khosla A, Taylor KN, et al. Clinical Use of Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice to Assess Patient Reported Prostate Cancer Quality of Life Following Robot-Assisted Radical Prostatectomy. *J Urol*. 2016;197(1):1-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2016.07.080>.
80. Lee TK, Breau RH, Mallick R, Eapen L. A systematic review of expanded prostate cancer index composite (EPIC) quality of life after surgery or radiation treatment. *Can J Urol*. [Internet]. 2015 [cited Sept 19, 2017]; 22(1):7599-606. Available from: <http://www.canjurol.com/abstract.php?ArticleID=2860&PMID=&version=1.0>.

Recibido: 02.02.2018

Aceptado: 06.05.2018

Correspondencia:

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

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

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

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