

Competencia para el cuidado y comportamientos de automanejo de adultos con cáncer en tratamiento farmacológico

Competence for care and self-management behaviors of adults with cancer undergoing drug treatment

Gloria Mabel Carrillo^{1*} , Yanira Astrid Rodríguez^{1,2} , Yeinmy Carolina Castañeda² 

 *gmcarrillog@unal.edu.co

¹ Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia

² Hospital Universitario Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Recibido: 21/01/2025, Aprobado: 11/09/2025

Resumen

Introducción: Las personas con cáncer en tratamiento farmacológico tienen necesidades de salud específicas y deben adaptarse y asumir los efectos físicos y psicológicos. El fortalecimiento de las competencias para el cuidado en el hogar puede incidir en los comportamientos de automanejo. **Objetivo:** determinar, comparar y establecer la relación entre los comportamientos de automanejo, y la competencia para el cuidado en el hogar en adultos con cáncer durante los tres primeros meses de tratamiento farmacológico que asisten a un centro de atención oncológica en la ciudad de Bogotá. **Metodología:** Estudio de abordaje cuantitativo, correlacional y longitudinal. Se incluyeron 81 adultos a quienes se aplicó ficha de caracterización clínica, la escala de competencia para el cuidado en el hogar y la de comportamientos de automanejo al inicio, al mes y a los dos meses de empezar el tratamiento. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión, para la comparación el Test de Friedmann y de correlación el coeficiente de Spearman. **Resultados:** La mayoría son adultos mayores, la distribución por sexo es equilibrada y predomina estado funcional alto y neoplasias hematológicas. Presentan una competencia para el cuidado y comportamientos de automanejo en niveles medios durante los tres momentos que no varía con excepción del nivel conocimiento que se aumenta para el primer seguimiento. No se identifica correlación entre la competencia para el cuidado en el hogar y los comportamientos de automanejo ni al inicio, al mes y dos meses de iniciada la quimioterapia. **Conclusiones:** Las competencias para el cuidado y los comportamientos de automanejo se deben fortalecer en el abordaje de personas con cáncer en tratamiento farmacológico de manera independiente, como variables complementarias en el proceso de atención.

Palabras clave: Automanejo; Educación en Salud; Enfermería Oncológica; Estudios de Seguimiento; Neoplasias; Quimioterapia

Forma de citar: Carrillo GM, Rodríguez YA, Castañeda YC. Competencia para el cuidado y comportamientos de automanejo de adultos con cáncer en tratamiento farmacológico. Salud UIS. 2025; 57: e25v57a25. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.57.e:25v57a25>



Abstract

Introduction: People with cancer undergoing drug treatment have specific health needs and must adapt to and cope with physical and psychological effects. Strengthening home care competencies may impact self-management behaviors.

Objective: To determine, compare and establish the relationship between self-management behaviors and home care competence in adults with cancer during the first three months of drug treatment attending an oncology care center in the city of Bogota.

Methodology: A quantitative, correlational and longitudinal study. Eighty-one adults were included and were administered a clinical characterization form, the home care competence scale and the self-management behavior scale at the beginning, one month and two months after starting chemotherapy. Descriptive statistics were used with measures of central tendency and dispersion, the Friedmann test for comparison and Spearman's coefficient for correlation.

Results: The majority are older adults, the distribution by sex is balanced and there is a predominance of high functional status and hematological neoplasms. They present a competence for care and self-management behaviors at medium levels during the three moments that do not vary except for the level of knowledge that increases for the first follow-up. No correlation was identified between home care competence and self-management behaviors at baseline, one month and two months after the start of chemotherapy.

Conclusions: Care competencies and self-management behaviors should be strengthened in the approach to people with cancer undergoing drug treatment independently, as complementary variables in the care process.

Keywords: Self-Management; Health Education; Oncology Nursing; Follow-Up Studies; Neoplasms; Chemotherapy

Introducción

Para 2022, aproximadamente 20 millones de personas fueron diagnosticadas con cáncer, y 10 millones murieron. Los tipos de cáncer más comunes en hombres son próstata, pulmón, colorrectal e hígado, en mujeres se encuentra el de mama, pulmón, cérvix, colorrectal y tiroides¹.

El diagnóstico de cáncer tiene impacto negativo sobre el paciente y su familia, debido a la naturaleza de la enfermedad, el proceso del tratamiento y la angustia asociada a las posibles complicaciones y pronóstico. Los problemas físicos, psicológicos y sociales se verán de acuerdo con el tipo de cáncer, la recurrencia de la enfermedad, el pronóstico, el estadio, el tratamiento farmacológico y/o quirúrgico y los efectos secundarios².

El cáncer es una condición que debe abordarse no sólo en función del componente físico, sino también con sus efectos psicológicos y sociales, es de señalar que el hecho de que sea un proceso incierto genera temores en los individuos respecto a la pérdida de rol independiente, deterioro de la imagen corporal y de la autopercepción, déficit funcional, afectación de comunicación interpersonal y de roles sociales, presencia de dolor y cambio en la calidad de vida, entre otros.

Las opciones de tratamiento incluyen quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y cirugía. Estas terapias se aplican en distintas combinaciones según el estadio y el subtipo biológico del cáncer. Uno de los métodos de tratamiento más importantes entre estas combinaciones es una terapia con fármacos que incluye la quimioterapia, la inmunoterapia y hormonoterapia, cuyo objetivo es destruir las células cancerosas y detener su división incontrolada; tiene efectos secundarios potencialmente negativos que derivan en impacto físico y emocional. Ahora bien, muchos de estos efectos se pueden prevenir y/o minimizar con intervenciones que orienten al paciente sobre el manejo de los síntomas, los cambios en el estilo de vida, el afrontamiento de la situación, a través de comportamientos de automanejo⁴.

Desde esta perspectiva se enfatiza en el automanejo como una estrategia prometedora donde empleando un acompañamiento y orientación permanente, las personas puedan detectar y resolver los problemas asociados a la enfermedad, teniendo también un impacto positivo en el control de los síntomas, lo que contribuye a que el paciente pueda mantener su independencia y calidad de vida. El automanejo representa una fusión entre las metas del paciente, la familia, la comunidad y el equipo de salud, lo que permite trabajar de manera conjunta para prestar una atención integral al abordar la enfermedad del individuo.

La competencia para el cuidado es un indicador de proceso y a la vez resultado proximal en la atención de pacientes crónicos, se entiende como la capacidad, habilidad y preparación que tiene la persona con enfermedad crónica y/o cuidador familiar para ejercer el cuidado en el hogar. Dentro del modelo para abordar el cuidado de los pacientes con enfermedad crónica⁵, se plantea que es una labor de los profesionales de la salud impartir los conocimientos y contribuir al desarrollo de habilidades de los pacientes y cuidadores para que estos puedan dar continuidad a su cuidado en el hogar, previniendo posibles complicaciones, pues el incremento en los costos por estancias hospitalarias presiona a los sistemas de salud para que se dé una transición más rápida de los servicios de mayor a menor complejidad y así mismo de las instituciones de salud al hogar; lo que hace que se deban implementar intervenciones que permitan realizar dicha transición de forma segura.

Es de anotar, que la mayoría de los pacientes reciben quimioterapia en una unidad de oncología ambulatoria. Esto conduce al automanejo de los efectos secundarios en casa durante un largo periodo de tiempo. El automanejo es referido como un proceso mediante el cual los individuos y familias utilizan el conocimiento, las creencias, las habilidades de autorregulación y la facilitación social para lograr resultados relacionados con la salud, y tratar la condición, el riesgo o la transición en salud. Implica el manejo de síntomas, las terapias farmacológicas y actividades respecto al tratamiento⁶.

El apoyo al automanejo hace hincapié en la participación del paciente en la adquisición de las habilidades necesarias para gestionar su salud. El periodo de transición durante el tratamiento se debe centrar en ayudar a los pacientes a mejorar la calidad de vida, fomentar hábitos saludables, hacer frente a posibles pérdidas y lograr adaptación con la dinámica laboral, social y personal⁷. Cada vez hay más evidencia que indica que las medidas de apoyo a la autogestión generan impactos positivos en los pacientes con cáncer, sin embargo, la mayoría enfatiza en individuos con cáncer de mama y próstata⁸.

En el contexto local, se ha venido incursionando en el abordaje del fenómeno de automanejo, siendo limitadas aún en el escenario de cuidado a la persona con cáncer. Se ha adelantado la validación de la escala de comportamientos de automanejo para pacientes con cáncer⁹, y un programa de automanejo en adultos con cáncer colorrectal¹⁰. En cuanto a la competencia para el cuidado en el hogar se ha validado y adaptado la escala original para usuarios con cáncer¹¹, así mismo se ha avanzado en estudios descriptivos en adultos y niños con cáncer¹², y una intervención educativa para cuidadores y/o familiares de personas con cáncer¹³.

Ahora bien, no se han explorado los comportamientos de automanejo y de competencia para el cuidado en el contexto de la atención de la persona con cáncer en tratamiento de quimioterapia. No se cuenta con diagnósticos o líneas de base, con miras a establecer programas de seguimiento que respondan a necesidades sentidas, y disminuyan la carga que asumen los centros de atención oncológica por ingresos innecesarios asociados al manejo de efectos secundarios de las terapias. Por otro lado, no se ha explorado el automanejo, como un eje de la atención diaria en salud, que le debe brindar a los pacientes elementos para asumir un rol protagónico y activo en el control de su enfermedad y manejo de efectos secundarios.

El objetivo del estudio fue determinar, comparar y establecer análisis relacional entre los comportamientos de automanejo, y la competencia para el cuidado en el hogar en adultos con cáncer durante los tres primeros meses de tratamiento de quimioterapia que asisten a un centro de atención oncológica en la ciudad de Bogotá.

Metodología

Estudio de abordaje cuantitativo, análisis relacional y de corte longitudinal. Se incluyeron 81 adultos con cáncer que recibieron tratamiento de quimioterapia en el Hospital Universitario Nacional entre marzo de 2023 y julio de 2024, que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: mayor de 18 años, que por diagnóstico de cáncer estén en tratamiento oncológico, y lleve mínimo 3 meses en tratamiento con intención curativa, estado cognitivo intacto: sin alteraciones en la orientación, memoria y juicio, así como en la comprensión y expresión del lenguaje verbal.

Para el cálculo del tamaño de muestra se consideraron como supuestos que la magnitud de correlación entre la competencia para el cuidado en el hogar y el automanejo es positiva, y con un coeficiente de correlación cercano al 0.6. La seguridad con la que se desea trabajar, $1 - \alpha$, o riesgo de cometer un error de tipo I es del 90%. El poder estadístico, $1 - \beta$, que se quiere para el estudio, o riesgo de cometer un error de tipo II es del 80%. El contraste se hizo de manera bilateral. Por lo tanto, se determinó un tamaño de muestra de 81 sujetos.

Se adelantó socialización del proyecto al Comité de investigaciones y al personal del Hospital, se revisaron archivos de pacientes que inician tratamiento a partir de consultas de programación de tratamientos oncológicos semanal de quimioterapia.

Para la captación de los usuarios se realizó llamada telefónica a usuarios potenciales con el fin de invitar a participar en la investigación y concertar una cita presencial en la que se explicaron los objetivos, mecanismos de participación y se aclararon dudas. Adicionalmente se realizó inmersión en la unidad de consulta externa de oncología con el fin de captar al usuario previo al inicio del tratamiento. Se implementaron acciones como el seguimiento activo de los participantes (a través de llamadas, mensajes de correo), la flexibilización en los tiempos de captación y aplicación de los instrumentos, inmersión de los investigadores y auxiliares de investigación en la unidad de oncología, todo orientado a reducir el abandono.

Una vez el paciente aceptaba su participación se aplicó el consentimiento informado y firma del formato correspondiente, en un consultorio de la unidad de oncología, con la presencia de un testigo. Se aplicaron los instrumentos a través de consulta programada al inicio del tratamiento, al mes (seguimiento 1) y dos meses después (seguimiento 2).

Instrumentos

Ficha de caracterización del paciente: Elaborada por el grupo de investigación que incluyó perfil clínico y caracterización sociodemográfica nombre, teléfono, número de identificación, fecha de captación, Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) (Contributivo o subsidiado), institución, diagnóstico médico, comorbilidades, tratamiento oncológico actual, medicamentos de manejo en casa, escala de Karnofsky, cuidador a cargo nombre de quien diligencia el formato y fecha.

Conductas de Automanejo: Instrumento *Partners in Health Scale* (PIHS), que ha sido validado en contexto colombiano, mexicano y peruano. Contiene 12 ítems, derivados de 4 dimensiones: conocimiento de la enfermedad, alianza equipo paciente- equipo de salud, manejo de síntomas y afrontamiento. Las respuestas de los 12 ítems del instrumento están estructuradas en escala de 0 a 8 puntos, donde más cerca a cero es menor y 8 mayor automanejo^{9,14}.

Competencia para el cuidado: capacidad, habilidad y preparación que tiene la persona con cáncer y/o el cuidador familiar para ejercer la labor de cuidar en el hogar. Consta de 20 ítems que se miden con una escala tipo Likert con puntuaciones que van de 0 a 3; 0 es nunca o casi nunca, 1 pocas veces, 2 con frecuencia y 3 casi siempre o siempre. Contiene 6 categorías que se ordenaron bajo el acróstico CUIDAR: Conocimiento, Unidad (condiciones personales), Instrumental, Disfrutar (bienestar), Anticipación y Relación social e interacción. Es de autoría de los investigadores y cuenta con propiedades psicométricas para su uso en el contexto local¹⁵.

El análisis se realizó utilizando el software R. Las variables en escala de medición cualitativa (caracterización) se expresaron como categorías y se describieron como frecuencias absolutas y relativas junto con sus intervalos de confianza al 95%; para las variables continuas (competencia para el cuidado en el hogar y automanejo) se acudió a medidas tendencia central y de dispersión según sus características, las continuas con distribución normal se resumieron con promedio y desviación estándar.

Para la comparación de las variables de competencia para el cuidado y comportamientos de automanejo entre la primera, segunda y tercera aplicación se acudió al estadístico test de Friedman y se utilizó el coeficiente de correlación estadístico de Spearman para identificar la asociación entre las variables.

Resultados

Caracterización sociodemográfica

El grupo predominante en el estudio está compuesto por adultos mayores, que constituyen el 59,3% de la muestra, seguido por el grupo de adulto maduro con un 16%. La distribución por sexo es equilibrada, con un 51,9% de hombres y un 48,1% de mujeres. En términos de afiliación a la salud, el 97,5% de los participantes tiene el régimen contributivo, mientras que el 2,5% está en el régimen subsidiado. La mayoría de los individuos proviene de Bogotá (66,7%); además, el 57,6% de los participantes tiene puntuaciones de 80 o 90 en la escala de Karnofsky, lo que indica que realizan actividad normal con algunos signos y síntomas de enfermedad. (**Tabla I**).

Tabla I. Perfil de los participantes

Característica	%	n
Grupos de edad		
Juventud(18 a 28)	9,88	(8)
Adulto joven (29 a 44)	14,81	(12)
Adulto maduro (45 a 59)	16,05	(13)
Adulto mayor (≥ 60)	59,26	(48)
Sexo		
Masculino	51,85	(42)
Femenino	48,15	(39)
Procedencia		
Bogotá	66,67	(54)
Fuera de Bogotá	33,33	(27)
Escala de Karnofsky		
100 (Actividad normal, asintomático)	20,99	(17)
90 (Actividad normal, signos leves de enfermedad)	35,80	(29)
80 (Actividad normal con esfuerzo)	35,80	(29)
70 (Cuida de sí mismo, pero incapaz de trabajar normal)	7,41	(6)

Tipo de diagnóstico

En cuanto al diagnóstico, considerando las neoplasias hematológicas y sólidas, el 81.4% de los casos correspondían a neoplasias hematológicas, destacando los linfomas no Hodgkin con un 30.8% y la leucemia linfoide con un 14.8%. Otros tipos de neoplasias hematológicas incluyeron el mieloma múltiple (13.6%), la leucemia mieloide (9.9%) y el síndrome mielodisplásico (9.9%). En contraste, las neoplasias sólidas representaron el 18.5% del total, siendo más frecuentes los casos de cáncer colorrectal (3.7%) y gástrico (2.4%), con menos incidencia en mama, próstata, cabeza y cuello, melanoma, células germinales y otros tipos misceláneos.

En relación con los esquemas de tratamiento, en los pacientes con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin los protocolos se incluye la implementación de anticuerpos monoclonales anti cd20 como el Rituximab y el Obinutuzumab, acompañados por otros antineoplásicos tales como en el protocolo R-CHOP (Rituximab, ciclofosfamida, bortezomib y dexametasona) y R-BENDAMUSTINE (rituximab y bendamustine).

Protocolos como el CALGB, el HYPERCVAD y el GRAALL, también se encontraban acompañados por anti cd20, cuya indicación estaba orientada para el tratamiento de las leucemias de linaje linfoide; respecto a la terapéutica del linaje mieloide los tratamientos se orientan a esquemas basados en quimioterapias tales como el 7+3, Azacitidina y venetoclax. En pacientes con mieloma múltiple, los esquemas incluían el uso de medicamentos como el bortezomib, la dexametasona y en algunos casos la lenalidomida.

Para la enfermedad de Hodgkin y el síndrome mielodisplásico, los tratamientos implementados incluían protocolos como el ABVD (doxorrubicina, bleomicina, vinblastina, dacarbazina) para el caso de linfoma y azacitidina para el síndrome mielodisplásico.

Respecto a las neoplasias sólidas, los regímenes de tratamientos eran diversos y se identificaban protocolos de quimioterapia como el FOLFOX (ácido folínico, fluorouracilo, oxaliplatino), PEB (Etoposido,bleomicina y cisplatino), gemcitabina y cisplatino, así como, el uso de inmunoterapia como el Pembrolizumab en el cáncer de mama y Nivolumab en melanoma, finalmente el uso de agentes hormonales como la Apalutamita se indicó en el tratamiento de cáncer de próstata. (**Tabla 2**).

Tabla 2. Caracterización por patologías y régimen de quimioterapia.

Neoplasias /Subtipo	%	(n)	Régimen de quimioterapia
Hematológicas	81,48	(66)	
Leucemia Linfoides	14,81	(12)	CALGB/ HYPERCVAD / POMP* / GRALL / OBINUTUZUMAB
Leucemia Mieloide	9,88	(8)	AZACITIDINA + VENETOCLAX / 7+3 / AZACITIDINA
Mieloma Múltiple	13,58	(11)	CYBORD**/ VRD / CANDOR
Linfoma Hodgkin	2,47	(2)	AVBD
Linfoma No Hodgkin	30,86	(25)	R-CHOP/ RITUXIMAB / HYPERCVAD / R-BENDAMUSTINE/ R-DAEPOCH / BRENTUXIMAB -BENDAMUSTINE / GALLIUM / BRESHAP / OBINUTUZUMAB + BENDAMUSTINE
Síndrome Mielodisplásico	9,88	(8)	AZACITIDINA
Sólidas	18,52	(15)	
Mama	1,23	(1)	PEMBROLIZUMAB
Colorrectal	3,70	(3)	FOLFOX
Gástrico	2,47	(2)	FOLFOX
Próstata	1,23	(1)	APALUTAMIDA
Cabeza y cuello	1,23	(1)	GEMCITABINA + CISPLATINO
Melanoma	2,47	(2)	NIVOLUMAB
Células Germinales	1,23	(1)	PEB
Misceláneos	4,94	(4)	METOTREXATO/ PACLITAXEL + CARBOPLATINO

POMP (Prednisolona, mercaptopurina, metotrexate, vincristina). CYBORD ciclofosfamida, bortezomib y dexametasona). ABVD (Doxorrubicina, bleomicina, vinblastina, dacarbazina). R CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina, prednisona), R BENDAMUSTINE (rituximab y bendamustine), PEB (etoposido, bleomicina y cisplatino). FOLFOX (ácido folínico, fluorouracilo, oxaliplatino)

En cuanto al escenario de administración del protocolo y el seguimiento a la morbilidad, se pudo identificar que la gran mayoría de pacientes eran tratados en el escenario hospitalario, situación que se asociaba a aspectos relacionados con la patología, las intensidades de dosis y aspectos contractuales con la aseguradora. Dicha situación facilitaba el seguimiento y manejo de los síntomas posteriores ya que se contaba con el monitoreo continuo por parte del equipo de salud para la identificación y manejo de los efectos secundarios.

Competencia para el cuidado en el hogar

Al inicio del tratamiento la competencia para el cuidado en el hogar arrojó una media de $52,2 \pm 5,2$, mínimo (min) de 35 y máximo (max) de 60, en el seguimiento 1 se identifica un leve aumento, promedio de $54,3 \pm 1,3$, manteniéndose en el mismo promedio para el seguimiento 2 (promedio $54,6 \pm 5,09$), sin cambios estadísticamente significativos ($p = 0,456$).

En el análisis por dimensiones se evidencia en conocimiento, tendencia a valores altos al inicio del tratamiento (promedio $8,1 \pm 1,3$), que mejora significativamente desde la aplicación inicial hasta el seguimiento 1 y 2 (test de Friedman p valor $< 0,001$). Este resultado sugiere que las orientaciones brindadas en la unidad de oncología han tenido un impacto positivo en el nivel de conocimiento que tienen los pacientes frente a su condición de salud. Por otro lado, los factores de unicidad, instrumental y procedural, disfrute, anticipación, y relación social e interacción no mostraron cambios significativos en sus puntajes a lo largo del tiempo, lo que indica que estos componentes pueden requerir un enfoque diferente y/o complementario. (**Tabla 3**).

Tabla 3. Competencia para el cuidado en el hogar

Competencia para el cuidado	Puntajes posibles	Aplicación inicial						Seguimiento 1						Seguimiento 2						Test de Friedman	
		Promedio ± DS		Nivel (%)			Promedio ± DS		Nivel (%)			Promedio ± DS		Nivel (%)							
		Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto		
Conocimiento	0 a 9	7,1 ± 2,2	9,9	22,2	67,9	8,1 ± 1,3	1,2	9,9	88,9	8,2 ± 1,2	0,0	11,1	88,9	< 0,001							
Unicidad	0 a 12	10,7 ± 1,8	4,9	14,8	80,2	11 ± 1,4	1,2	12,3	86,4	11,0 ± 1,5	2,5	9,9	87,7	0,45							
Instrumental	0 a 9	8,5 ± 1,1	2,5	13,6	84,0	8,7 ± 0,7	0,0	8,6	91,4	8,7 ± 0,6	0,0	6,2	93,8	0,33							
Disfrutar	0 a 12	8,9 ± 2,7	11,1	27,2	61,7	9,2 ± 2,4	8,6	28,4	63,0	9,3 ± 2,7	8,6	19,8	71,6	0,71							
Anticipación	0 a 6	5,5 ± 0,9	2,5	11,1	86,4	5,6 ± 0,8	1,2	8,6	90,1	5,7 ± 0,8	1,2	8,6	90,1	0,16							
Relación social	0 a 12	11,6 ± 0,9	1,2	8,6	90,1	11,7 ± 0,7	0,0	7,4	92,6	11,8 ± 0,7	0,0	9,9	90,1	0,43							
Competencia Global	0 a 60	52,2 ± 5,2	1,2	21	77,8	54,4 ± 5,0	0	12,3	87,7	54,6 ± 5,1	1,2	9,9	88,9	0,45							

DS: Desviación estándar

Comportamientos de automanejo

Al inicio del tratamiento de quimioterapia los participantes reportan comportamientos de automanejo con un promedio de $86,2 \pm 7,03$, en el seguimiento 1 se mantiene (promedio $86,6 \pm 7,9$) con un incremento muy leve para el seguimiento 2 (promedio $88,6 \pm 6,9$) sin que esto sea estadísticamente significativo ($p = 0,157$).

En el factor conocimiento, los promedios se mantuvieron prácticamente estables, con una ligera disminución en el primer seguimiento (promedio $12,7 \pm 3,0$) y un aumento a $13,6 \pm 2,7$ para el seguimiento 2, sin que esta diferencia sea estadísticamente significativa. En cuanto a la Alianza equipo salud-paciente en el tratamiento, los promedios aumentaron ligeramente de 29,9 en la Aplicación inicial a 30,1 en el Seguimiento 1, y a 30,7 en el Seguimiento 2, sin que esto sea estadísticamente significativo ($p = 0,339$).

El factor reconocimiento y manejo de síntomas también mostró estabilidad en las mediciones, con valores que oscilaron entre 14,4 al inicio, 14,7 en el seguimiento 1 y 14,9 en el seguimiento 2, sin significancia estadística ($p = 0,424$).

Finalmente, el factor Afrontamiento mantuvo prácticamente los mismos promedios en las tres mediciones, sin significancia estadística. ($p = 0,497$) (Tabla 4).

Tabla 4. Comportamientos de automanejo adultos con cáncer en tratamiento de quimioterapia. Promedio ± DS

Factores de automanejo	Puntaje posible	Aplicación inicial	Seguimiento 1	Seguimiento 2	P valor Test de Friedman
Comportamientos de automanejo Global	0 a 96	86,2 ± 7,0	86,6±7,9	88,5±6,9	0,157
Conocimiento	0 a 16	13,1 ±3,0	12,7 ±3,0	13,6 ±2,7	0,087
Alianza equipo salud-paciente en el tratamiento	0 a 32	29,9 ±3,0	30,1 ±3,2	30,7 ±2,7	0,339
Reconocimiento y manejo de síntomas	0 a 16	14,4 ±2,1	14,7 ±2,3	14,9±2,0	0,424
Afrontamiento	0 a 32	28,7 ±3,2	29,0 ±2,8	29,2 ±2,8	0,497

Análisis relacional entre comportamientos de automanejo y competencia para el cuidado en el hogar

El análisis relacional entre comportamientos de automanejo y competencia para el cuidado en el hogar tanto al inicio del tratamiento (coeficiente correlación Spearman -0,004) como en el primer (coeficiente correlación 0,125) y segundo seguimiento (coeficiente correlación 0,063) son muy bajas y débiles con tendencia a cero. Como hallazgo a destacar en los seguimientos hay un leve aumento en la correlación de las variables de conocimiento en la competencia para el cuidado en el hogar con el de conocimiento de comportamientos de automanejo, sin embargo, en las dimensiones tanto de la competencia como del automanejo persiste una muy baja correlación. (**Tabla 5**)

Tabla 5. Análisis relacional competencia para el cuidado y comportamientos de automanejo adultos con cáncer en tratamiento de quimioterapia. (Coeficiente de correlación de Spearman)

Competencia para el Cuidado/ Comportamientos de automanejo	Conocimiento	Alianza	Reconocimiento Y manejo	Afrontamiento
Al inicio del tratamiento				
Conocimiento	-0,033	0,006	-0,098	-0,134
Unidad	-0,075	0,055	-0,039	0,061
Instrumental	0,115	-0,190	-0,090	0,119
Disfrutar	-0,124	-0,092	-0,025	0,180
Anticipación	0,126	0,117	0,028	-0,037
Relación	0,049	0,027	0,127	0,176
Seguimiento 1				
Conocimiento	0,098	-0,186	-0,128	-0,236
Unidad	0,102	0,070	-0,235	0,192
Instrumental	0,052	0,184	-0,200	-0,033
Disfrutar	0,099	0,119	-0,129	0,232
Anticipación	0,071	0,042	-0,160	-0,059
Relación	-0,016	-0,150	0,018	0,009
Seguimiento 2				
Conocimiento	0,064	-0,117	-0,042	0,033
Unidad	0,047	0,084	-0,059	0,045
Instrumental	0,129	-0,062	0,024	-0,001
Disfrutar	0,170	0,186	-0,039	0,013
Anticipación	0,243	-0,136	0,024	0,015
Relación	0,141	-0,120	-0,251	-0,113

Discusión

Las terapias farmacológicas son una de las modalidades de tratamiento central en el manejo de pacientes con cáncer tiene sus propios méritos y deméritos. Es sabido que el tratamiento afecta tanto factores fisiológicos como psicológicos de la vida humana. Se requiere afianzar las habilidades de cuidado y conductas de autogestión del paciente frente a la terapia, más aún cuando gran parte de esta se administra de manera ambulatoria o extramural.

Este estudio descriptivo explora las competencias para el cuidado y los comportamientos de automanejo que tienen los pacientes con cáncer en tratamiento de quimioterapia durante la trayectoria del inicio de la terapia oncológica. En el componente sociodemográfico, se identifica que más de la mitad de los participantes reclutados son adultos mayores, con alta funcionalidad y un predominio de patología hematológica. Aspectos para considerar en las intervenciones a desarrollar acorde con los niveles de alfabetización y perfil etario de los pacientes.

Se identifica que los pacientes inician con prácticas de automanejo aceptables, que se mantienen durante la trayectoria del inicio del tratamiento. Hallazgos diferentes a los reportados en otros estudios, dónde se evidencian niveles bajos de automanejo así en pacientes cáncer de mama quienes recibieron quimioterapia¹⁶, y medios en pacientes sobrevivientes de cáncer¹⁷.

En este estudio se reporta que las dimensiones de automanejo se mantienen estables durante los tres momentos de medición, sin cambios estadísticamente significativos. Es de señalar que se esperaría que factores como la alianza equipo de salud y paciente, y afrontamiento se aumentarán durante el tratamiento. Al respecto, la familia y los profesionales sanitarios han sido identificados como los facilitadores clave de los procesos de transición. Los pacientes los reconocen como los “buenos colaboradores” en la toma de decisiones y la recopilación de información, y principales apoyos para la autogestión de los efectos secundarios asociados al tratamiento de quimioterapia. En un estudio en el que participaron pacientes con cáncer de mama, el aprendizaje de nuevas habilidades y la creación de una red de apoyo fueron identificados como facilitadores del automanejo de los síntomas asociados con la enfermedad y el tratamiento¹⁶.

En cuanto al reconocimiento y manejo de síntomas, en este estudio se identifica que el paciente tiene valores moderados en este factor, manteniéndose estable en la primera y segunda medición, situación contraria a lo que se había planteado como hipótesis de la investigación, se esperaba que el paciente a medida que avanzara en el tratamiento tuviera mayor automanejo de síntoma; el impacto de los síntomas y la dificultad para encontrar información se consideran inhibidores de la autogestión¹⁸.

En pacientes con cáncer de cabeza y cuello que han recibido quimioterapia, como tratamiento adyuvante, se hace referencia a los “recursos y capacidades” como facilitadores utilizados por los pacientes para desarrollar estrategias que les permita afrontar su situación y sobrelevar limitaciones funcionales causadas por los síntomas. Es evidente la preocupación permanente de los pacientes por conseguir que los síntomas y efectos secundarios del tratamiento no interfieran en las actividades de la vida diaria¹⁹.

Frente a la competencia para el cuidado, al inicio del tratamiento los valores tienden a estar en niveles medios, manteniéndose estables durante los seguimientos, con cambios únicamente sobre la dimensión conocimiento, dado por varios factores, dentro de los que se resalta la orientación e información que brinda el equipo de salud de la unidad de oncología. Ser competente para el cuidado, es una expresión de las capacidades que debe desarrollar el paciente a través de un proceso continuo que involucra, el conocimiento de la situación, el entrenamiento en habilidades, el afianzamiento de la confianza y planeación necesarias para lograr un cuidado continuo y seguro en las diferentes etapas de la condición¹¹. Esto implica que el equipo de salud asuma el rol de facilitador de un proceso que representa para el paciente complejidad, angustia y por supuesto, afrontamiento y aceptación. Así mismo, involucra la educación y orientación permanente en el manejo de efectos secundarios que faciliten la adherencia a la quimioterapia²⁰, la modificación de estilos de vida, y sobrelevar el impacto emocional, frente a la incertidumbre, que es común en procesos oncológicos²¹.

En el análisis por dimensiones de la competencia para el cuidado no se identifican cambios estadísticamente significativos en los factores durante las tres mediciones, es decir, se mantienen en niveles medios sin ser los óptimos, con excepción del conocimiento.

En la dimensión de unicidad que hace referencia a las condiciones personales, se contrastan los hallazgos con lo reportado en una revisión sistemática que sintetizó la evidencia disponible sobre experiencias de automanejo de síntomas relacionadas con el tratamiento de quimioterapia²², se identifican las características de la personalidad del paciente como facilitadores de la autogestión, así mismo enfatizan en la implicación positiva y activa en el autocuidado, como patrón conductual promotor del manejo de síntomas.

El componente de disfrutar, que tampoco reporta cambios significativos en los tres momentos de medición, se contrasta con estudios adelantado en pacientes con cáncer recibiendo quimioterapia²³ en los que se concluye que preservar la sensación de normalidad de la vida, regular las emociones negativas desencadenadas por la enfermedad y adoptar un enfoque optimista, se constituyen en factores facilitadores para el automanejo de síntomas en el paciente.

La enfermedad oncológica y el tratamiento de quimioterapia, así como otras dolencias complejas, exigen que los pacientes desarrollen un nuevo conjunto de habilidades que aún no hacen parte de sus comportamientos de salud. Como tal, se requiere que monitorean su condición, apliquen el conocimiento brindado y sus respuestas conductuales y emocionales necesarias para mantener una calidad de vida satisfactoria.

Desde esta perspectiva, la información debe brindarse de acuerdo con la capacidad del paciente para comprender y siempre que él lo considere necesario. Por tal razón, junto con la transmisión de conocimientos sobre las complicaciones asociadas al tratamiento de quimioterapia, estos pacientes requieren ser dotados de nuevas habilidades y empoderamientos. Dicho enfoque será crucial para impulsar el automanejo y el desarrollo de competencias para el cuidado²², así mismo las acciones de los profesionales de la salud que fomenten el automanejo, el establecimiento de objetivos, y la monitorización de síntomas deben facilitar la integración de los pacientes como parte de la consulta rutinaria, con el uso de estrategias de comunicación que ayuden a vencer el miedo, el temor y la fragilidad en la que se encuentran, lo que limita su capacidad de participar en su autocuidado²³.

Como punto final de la discusión este estudio reporta que no hay relación directa entre la competencia para el cuidado en el hogar y los comportamientos de automanejo, hallazgo que es contrario a lo planteado como hipótesis de la investigación, en la que se esperaba que los comportamientos de automanejo se asociarán con la competencia para el cuidado. Se infiere, además, que no hay impacto significativo de los factores de la competencia sobre los de comportamientos de automanejo. Este es el primer referente en el contexto local que explora los dos fenómenos en el ámbito del paciente oncológico en tratamiento de quimioterapia, con la expectativa de proyectar intervenciones orientadas a modificar la competencia para el cuidado con posibles impactos sobre el automanejo, lo que permite suponer que es necesario determinar otras variables que expliquen de qué forma se pueden modificar tanto las conductas de automanejo como las habilidades para cuidar por parte del paciente. Es pertinente adelantar abordajes cualitativos que complementen, y permitan reconocer desde la experiencia reportada por los pacientes, qué aspectos pueden estar asociados a los comportamientos de automanejo, así como las creencias y determinantes del contexto que puedan estar influyendo en el desarrollo y/o afianzamiento de estas habilidades de cuidado.

De otra parte, se evidencia la necesidad de consolidar intervenciones durante el seguimiento que fomenten las competencias para el cuidado y los comportamientos de automanejo.

El estudio no estuvo exento de limitaciones. La muestra no fue particularmente grande, por lo que se debe expandir el tamaño muestral en investigaciones futuras que permitan comparar las correlaciones y diferencias por características sociodemográficas, tipos de patología, estadios de la enfermedad y tipo de tratamiento farmacológico, así como los cambios en el estado funcional versus el estadio de la enfermedad. Por otra parte, es necesario adelantar un corte longitudinal de mayor tiempo para explorar la dinámica de cambios de las variables de interés en función de los ciclos del tratamiento.

Conclusiones

Este estudio reporta predominio de participantes que son adultos mayores, con alta funcionalidad y con patología onco-hematológica. Los pacientes inician con comportamientos de automanejo aceptables, que se mantienen durante la trayectoria del inicio del tratamiento (tres primeros meses de quimioterapia). En la competencia para el cuidado, al inicio del tratamiento los valores tienden a estar en niveles medios, manteniéndose estables durante los seguimientos, con cambios únicamente sobre la dimensión conocimiento.

Contrario a lo planteado como hipótesis de la investigación, no se reporta correlación directa entre la competencia para el cuidado en el hogar y los comportamientos de automanejo.

Las competencias para el cuidado y los comportamientos de automanejo se deben fortalecer en el abordaje de personas con cáncer en quimioterapia de manera independiente, como variables complementarias en el proceso de atención.

Contribución de autores

GMC: 1) Concepción y el diseño del estudio, recogida de los datos, el análisis y la interpretación, 2) Redacción del artículo y 3) la aprobación final de la versión. YAR: 1) Recogida de los datos, análisis y la interpretación de los mismos, 2) Revisión crítica de una parte sustancial de su contenido y 3) la aprobación final de la versión a ser publicada. YCC: 1) Recogida de los datos, interpretación de estos, 2) Revisión crítica de una parte sustancial de su contenido intelectual y 3) la aprobación final de la versión.

Agradecimientos

Las autoras expresan su agradecimiento a la unidad de oncología del Hospital Universitario Nacional de Colombia y a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, por su disposición y apoyo para el desarrollo del proyecto.

Consideraciones éticas

La investigación se consideró de bajo riesgo, se acogió la Resolución No 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos (CIOMS) Ginebra 2002. Se realizó el proceso de consentimiento informado explicando cómo sería la participación en el estudio, los riesgos y beneficios potenciales. Se contó con los avales institucionales del Comité de Ética e investigación del Hospital Universitario Nacional de Colombia y la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia., así como la autorización para el uso de los instrumentos por parte de los autores.

Conflictos de intereses

Se declara que no existió ningún tipo de conflicto de interés durante el desarrollo del estudio

Financiación

Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

Apoyo tecnológico de IA

Se informa que no se utilizó inteligencia artificial, modelos de lenguaje, machine learning, o alguna tecnología similar, como ayuda en la creación de este artículo.

Referencias

1. World Health Organization. Cancer today. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Both sexes 2022. [Internet]. [Consultado 20 de enero de 2025] Available from https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars-comparepopulations?mode=cancer&populations=903_904&group_populations=1
2. Lewandowska A, Rudzky G, Lewandowski T, Próchnicki M, Rudzki S, Laskowska B, et al. Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020; 17(19): 6938. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17196938>
3. Luo X, Chen Y, Chen J, Zhang Y, Li M, Xiong C, et al. Effectiveness of mobile health-based self-management interventions in breast cancer patients: a meta-analysis. *Support Care Cancer.* 2022; 30(3): 2853-2876. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06568-0>
4. Fisusi F, Akala E. Drug combinations in breast cancer therapy. *Pharm Nanotechnol* [Internet]. 2019; 7(1): 3-23. doi: <https://doi.org/10.2174/221173850766190122111224>
5. Barrera L, Carrillo G, Chaparro L, Sánchez B. Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia. *Orinoquia.* 2015; 19(1): 89-99. doi: <https://doi.org/10.22579/20112629.342>
6. Ryan P, Sawin k. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook.* 2009; 57(4): 217-225. doi: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>
7. Howell D, Harth T, Brown J, Bennett C, Boyko S. Self-management education interventions for patients with cancer: a systematic review. *Support Care Cancer.* 2017; 25(4): 1323-1355. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3500-z>
8. Kim S, Kim K, Mayer D. Self-management intervention for adult cancer survivors after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Oncol Nurs Forum.* 2017; 44(6): 719-728. doi: <https://doi.org/10.1188/17.onf.719-728>
9. Carrillo G, Vergara O. Adaptación cultural y validez del instrumento PIH para medir comportamientos de automanejo en cáncer. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2021; 39(2): 1-9: doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e341816>
10. Carrillo G, Vergara O. Self-management program in adults with colorectal cancer: a pilot study. *Aquichan.* 2023; 23(1): e2317. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2023.23.1.7>
11. Carrillo G, Vargas E, Gómez O. Validación de la Escala Competencia para el Cuidado en el Hogar en Adultos con Cáncer. *Rev Cuid.* 2021; 12(2): e1210. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1210>
12. Carrillo G, Carreño S, Sánchez L. Competencia para el cuidado en el hogar y carga en cuidadores familiares de adultos y niños con cáncer. *Rev Investig Andin.* 2018; 20(36): 87-101. doi: <https://doi.org/10.33132/01248146.971>
13. Carrillo G, Laguna M, Gómez O, Chaparro L, Carreño S. Efecto de una intervención educativa para cuidadores familiares de personas con cáncer en cirugía. *Enf Global.* 2021; 20(1): 395-419. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.419811>
14. Peñarrieta M, Vergel O, Schmidt L, Lezama S, Rivero R, Taipe J, et al. Validación de un instrumento para evaluar el automanejo en enfermedades crónicas en el primer nivel de atención en salud. *Rev Cient de Enferm.* 2012; 7(1): 64-73.
15. Carrillo G, Sánchez B, Vargas E. Desarrollo y pruebas psicométricas del Instrumento “cuidar” - versión corta para medir la competencia de cuidado en el hogar. *Salud UIS.* 2016; 48(2): 222-231. doi: <https://doi.org/10.18273/reval.v48n2-2016007>

16. Wu N, Luan Z, Zhou Z, Wang H, Du S, Chen Y, et al. Relationships Between Chemotherapy-Related Cognitive Impairment, Self-Care Ability, and Quality of Life in Breast Cancer Survivors: A Cross-Sectional Study. *Semin Oncol Nurs.* 2024; 40(5): 151690. doi: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151690>
17. Huang Q, Wu F, Zhang W, Stinson J, Yang Y, Yuan C. Risk factors for low self-care self-efficacy in cancer survivors: Application of latent profile analysis. *Nurs Open.* 2022; 9(3): 1805-1814. doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.926>
18. Schulman D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, et al. Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh.* 2012; 44(2): 136-44. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x>
19. Koinberg I, Hansson E, Carlström E, Olsson L. Impact of a person-centered intervention for patients with head and neck cancer: a qualitative exploration. *BMC Nurs.* 2018; 17(1): 48. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0319-6>
20. Foster C, Fenlon D. Recovery and self-management support following primary cancer treatment. *Br J Cancer.* 2011; 105(1): 21-28. doi: <https://doi.org/10.1038/bjc.2011.419>
21. Howell D, Bezjak A, Sidani S, Dudgeon D, Husain A, Fernandes G, et al. Self management interventions for breathlessness in adult cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 2017(8): CD009623. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009623.pub2>
22. Magalhães B, Fernandes C, Lima L, Martinez J, Santos C. Cancer patients' experiences on self-management of chemotherapy treatment-related symptoms: A systematic review and thematic synthesis. *Eur J Oncol Nurs.* 2020; 49: 101837. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101837>
23. Oakley C, Ream E. Role of the nurse in patient education and engagement and its importance in advanced breast cancer. *Semin Oncol Nurs.* 2024; 40(1): 151556. doi: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2023.151556>