

La Adherencia al Ejercicio Físico en un Grupo con Cáncer de Próstata: un Modelo Integrado para la Mejora de la Calidad de Vida

The Adherence to Physical Exercise in a Group of Prostate Cancer: an Integrated Model to Improve the Quality of Life

Bernat-Carles Serdà i Ferrer, Arantza del Valle Gómez y Rafael Marcos-Gragera
Universitat de Girona, España

Resumen. Este artículo presenta el diseño e implementación de un modelo de adherencia integrado a un programa de ejercicio en hombres con cáncer de próstata para conseguir la práctica autónoma al hogar. El diseño del estudio es cualitativo siguiendo los principios de la Grounded Theory. La muestra es de 33 participantes y se ha construido a partir del muestreo intensivo por representatividad teórica. El procedimiento analítico de la información corresponde al Método de Comparaciones Constantes.

El diseño del programa simple, flexible y de estructura modular permite que el usuario adapte el programa a su estado de salud, a sus síntomas derivados de la enfermedad y a su situación de vida cotidiana. La figura del profesional es imprescindible en el proceso de consecución de la autonomía.

El trabajo de la adherencia como proceso empodera al participante a mantener el ejercicio autónomo en el hogar. El modelo de adherencia integrado al programa de ejercicio físico en grupo es efectivo para la mejora de la Calidad de Vida de las personas mayores con cáncer de próstata.

Palabras clave: adherencia, autonomía, calidad de vida, cáncer de próstata, ejercicio.

Abstract. This article presents the design and implementation of a model of adherence integrated into an exercise program in men with prostate cancer to get the autonomous practice at home.

The study design is qualitative following Grounded Theory principles. The sample of 33 participants and it has been built through an intensive sampling by theoretical representativeness. The analytical procedure corresponds to the Method of Constants Comparisons.

The design of simple and flexible program with a modular structure allows the user to adapt the exercise to his health, his symptoms resulting from the disease and his everyday life situation. The figure of professional trainer is essential in the process of achieving the autonomy.

Working adherence as a process empowers the participant to maintain the autonomous activity at home. The adherence model integrated to a group exercise program is effective for improving the quality of life of older people affected by prostate cancer.

Keywords: adherence, autonomy, exercise, quality of life, prostate cancer.

La práctica regular de ejercicio tiene un efecto positivo en el estado de salud, la condición física, los síntomas, el vigor, la red de apoyo psicosocial y la calidad de vida (CdV) de las personas mayores afectadas de cáncer (Shephard y Bouchard, 1996; Shephard & Bouchard, 1994) (ACSM). A pesar que la población identifica que la práctica de ejercicio habitual tiene un impacto positivo sobre la salud, tan solo el 40% la practica la cantidad y la calidad necesaria para conseguir el efecto saludable. El 50% de la población que inicia un programa de ejercicio, entre los 3 y 6 meses lo abandona (Dishman, 1988; Oldridge, 1982). Esta discrepancia entre conocimiento y conducta se justifica con el modelo de creencias de salud.

Correspondencia: Bernat-Carles Serdà i Ferrer. Universitat de Girona (UdG). Emili Grahit, 77 - 17071 Girona. E-mail: bernat.serd@udg.edu

Este abandono se produce por la falta de adecuación entre las características inherentes a la actividad y las necesidades, reales o percibidas, del interesado (Marcus et al., 1994). El abandono entre el subgrupo de personas mayores es debido a la relación negativa entre la percepción de riesgo y vulnerabilidad que conlleva la actividad y la creencia en los beneficios de salud (Owen et al., 1992). En este contexto, se confirma que la conducta no se inicia de forma espontánea y, una vez iniciada, tampoco se puede asegurar su mantenimiento a largo plazo.

El concepto adherencia, se refiere al estudio de la relación entre las variables que determinan el grado en que una persona completa la prescripción o el tratamiento programado para conseguir un cambio eficaz en un contexto social y cultural concreto. La adherencia estudia aspectos como iniciar y continuar un programa tratamiento, asistir a sesiones de terapia o realizar un programa de ejercicio en el hogar.

Con el análisis de los modelos de adherencia, se ha identificado un déficit documental relativo a los factores que favorecen el mantenimiento de la conducta saludable de forma autónoma, incluyendo la práctica de ejercicio en el hogar. En términos generales, las limitaciones metodológicas identificadas en la mayoría de programas y que dificultan la adherencia se concretan en: a) Los programas utilizan el resultado de adherencia como un indicador puntual y numérico para determinar la eficacia del programa. Este valor es sesgado e incompleto ya que olvida los aspectos cualitativos que favorecen el mantenimiento de la conducta. b) El diseño del programa es cerrado y destinado a personas sanas e iniciadas y a una falta de adaptación flexible a las necesidades emergentes determinadas por la edad, el estado de salud, la capacidad funcional, las expectativas, la eficacia y los aspectos motivacionales (Resnick y Spellbring, 2000).

Para superar estas limitaciones se ha diseñado e implementado un modelo de adherencia integrado en un programa de ejercicio fuerza-resistencia adaptado a los hombres mayores con cáncer de próstata con el fin de asegurar la plena autonomía del usuario (Serdà, 2009). Durante la fase experimental del programa de ejercicio, se realiza el estudio y promoción de las variables implicadas en el modelo como estrategia psicológica para facilitar la adquisición autónoma de la conducta (adherencia) de los enfermos de cáncer de próstata. El resultado cuantitativo de la adherencia se valoró en 90,1% (Serdà et al., 2011) y una tasa de asistencia a las sesiones del 84%. En este artículo se presenta la parte cualitativa que identifica los puntos fuertes y débiles del modelo integrado desde la perspectiva de los usuarios. El objetivo final de la implementación del modelo es conseguir el *empoderamiento* del usuario. Este reto se consigue a través de la promoción de las variables relativas al

ejercicio físico desde el inicio del programa hasta conseguir el trabajo autónomo en el hogar (Figura 1). Este modelo innovador y pionero permite estudiar la percepción individual de éxito/fracaso durante la realización del programa. La percepción positiva del cambio o fitness se considera un elemento fundamental para conseguir el mantenimiento en la continuación del programa (Serdà, 2009). Este marco permite la promoción eficaz de las variables que favorecen la adherencia. El objetivo final es que los usuarios se adhieran a la conducta en la cantidad y calidad requerida para conseguir los beneficios saludables (Daley et al., 2007).

Este estudio se propone un doble objetivo: a) mostrar el diseño de un programa de adherencia integrado a un programa de ejercicio físico para enfermos de cáncer de próstata con el fin de favorecer el mantenimiento de la conducta autónoma en el hogar y, b) señalar los factores significativos identificados por los pacientes en la promoción de la adherencia al programa de ejercicio.

Procedimiento

El diseño del modelo de adherencia incluye una red de variables interactivas. Se estructura en tres fases fundamentales: a) fase de iniciación (semana 0); b) fase de autonomía (semana 1-13) y, c) fase de mantenimiento (semana 14-24). (Figura 1) En cada una de las fases se concreta la estrategia pedagógica utilizada para fomentar la autonomía progresiva traspasando el control de la actividad del supervisor al participante. Estos factores favorecen que la integración del modelo con el programa de ejercicio sea eficaz. Así mismo, se concretan las características que determinan el programa de ejercicio fuerza-resistencia adaptado al cáncer de próstata. (Tabla 1).

Figura 1. Modelo de adherencia integrado al programa de ejercicio

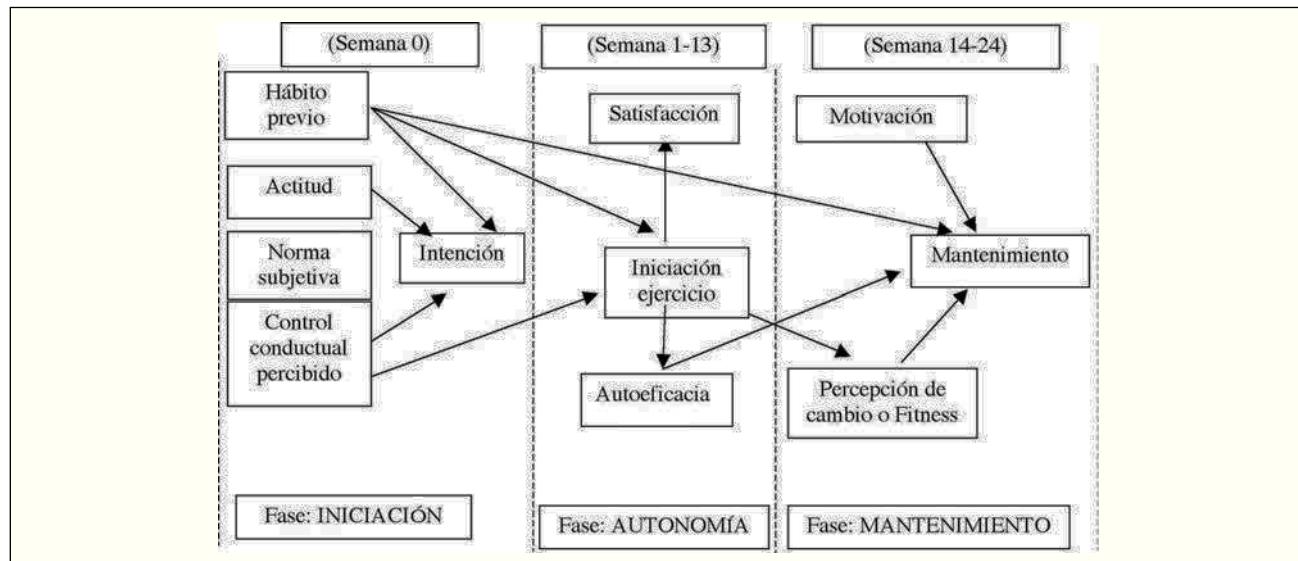


Tabla 1. Integración del modelo con el programa

Integración						
Modelo de adherencia			Programa ejercicio fuerza-resistencia			
Semana	Fases	Estrategias pedagógicas	Grupos musculares	Series	R	I
0	Iniciación	Informativa	-	-	-	-
1		Modelo	10. Grupos musculares	1	8-10	
2			1. Pectoral	1	8-10	
3			2. Cuádriceps	1	10-12	50%
4			3. Dorsal	1	10-12	
5		Descubrimiento	4. Isquiotibial	2	8-10	
6			5. Bíceps	2	8-10	
7	Autonomía	Guiado	6. Deltoides	2	8-10	60%
8			7. Tríceps	2	10-12	
9			8. Abdominal	2	10-12	
10			hipopresivo	2	10-12	
11		Aprendizaje	9. Gemelos	2	10-12	
12		Recíproco	10. Musculatura del suelo pélvico	2	10-12	65%
13				2	10-12	
14	Mantenimiento	Autónomo		2	10-12	
15		(supervisado)		2	10-12	
16				2	10-12	
17		Autónomo (hogar)		2	10-12	
18				2	10-12	
19				2	10-12	70%
20				2	10-12	
21				2	10-12	
22				2	10-12	
23				2	10-12	
24				2	10-12	

Abreviaciones: R: resistencia; I: intensidad.

Características del modelo de adherencia

a) Fase de iniciación (semana 0): corresponde a la valoración de las variables de intención. Esta fase tiene como objetivo valorar la predisposición del participante hacia el cumplimiento del programa de ejercicio. Las variables implicadas corresponden:

- La variable hábito previo se define como la experiencia previa en la práctica de ejercicio físico regular. Esta variable correlaciona positivamente con la adherencia a los programas de ejercicio. A partir de la primera entrevista y el cuestionario de Godin (1994) se identifican las características de regularidad, y la dosis (cantidad y calidad) de actividad previa realizada.
- La variable actitud corresponde a la valoración personal de la conducta incluyendo las creencias. En el consentimiento informado, el profesional informa sobre el efecto potencial del programa sobre el estado de salud y valora la actitud del participante.
- La variable de norma subjetiva se define como el apoyo social percibido para iniciar la conducta. Su evaluación se realiza durante la visita

informativa con las personas relevantes del entorno.

- La variable de control conductual percibido se refiere como a las barreras y facilidades detectadas por el usuario para mantener la conducta. Las barreras identificadas se naturalizan y su tratamiento se incluye en el programa para conseguir una mejor conciencia y control sobre las mismas.

La estrategia pedagógica implicada en la fase de iniciación corresponde a la informativa, en la que se describen los elementos relativos a las características del programa y sus efectos esperados. Además se realiza una evaluación inicial del estado de las variables del modelo correspondientes en esta primera fase.

- b) Fase de autonomía (semana 1-13): corresponde a la valoración de las variables de proceso. Esta fase tiene un doble objetivo. Por un lado, facilitar y valorar el correcto aprendizaje de la actividad. Por otro lado, fomentar la autonomía progresiva del participante, así pues el apoyo contingente del supervisor es estratégico e individualizado. El criterio de apoyo se basa en reforzar las variables del modelo ausentes o más debilitadas. En esta fase las principales variables del

modelo evaluadas corresponden a la satisfacción y la autoeficacia.

- La variable satisfacción corresponde a las consecuencias positivas en el estado de ánimo derivadas del programa. Esta variable debe ser considerada como el entusiasmo mantenido durante las sesiones y el generado por la recuperación de actividades significativas (O'Brien et al., 2008).
- La variable autoeficacia corresponde a la percepción de habilidad y seguridad en la ejecución de la tarea. Las estrategias pedagógicas son la ayuda contingente para potenciar el traspaso progresivo del control sobre la actividad, la mejora técnica y la habilidad en la práctica hasta el reconocimiento del participante.

Las estrategias pedagógicas implicadas para la consecución de la autonomía, corresponden a la pedagogía del modelo, al descubrimiento guiado y el aprendizaje recíproco.

b1) Pedagogía del modelo (semana 1-4), el experimentador es el modelo y guía de la actividad física. Es un estilo muy tradicional en que la ayuda contingente del contenido de aprendizaje es extremadamente elevada, a pesar que disminuye progresivamente fomentando la enseñanza centrada en la tarea.

b2) Descubrimiento guiado (semana 5- 10), en este caso la metodología es más investigativa, de descubrimiento. El supervisor plantea al participante cuestiones sobre el contenido de aprendizaje y le guía en la adquisición de un rol central en la gestión de la tarea. Cuando el supervisor identifica alguna necesidad, ofrece los elementos adicionales necesarios para el desarrollo de la actividad con calidad.

b3) El aprendizaje recíproco (semana 11-13) corresponde a un estilo participativo en que el participante realiza el programa en colaboración con un compañero (o grupo), con la posibilidad de adquirir el rol de evaluador y acordar la solución más oportuna. Esta estrategia didáctica facilita el aprendizaje crítico del desarrollo de la actividad en que el participante será capaz de evaluar su propia práctica de ejercicio autónomo en el hogar. El rol del experimentador en este caso es de observador e incide en caso de riesgo, necesidad o duda.

c) Fase de mantenimiento (semana 14-24) corresponde a la valoración de las variables de resultado que aseguran la práctica autónoma al hogar. Esta fase se desarrolla en dos períodos. El primer periodo (desde la semana 14 a la 16) el programa de ejercicio se realiza en el polideportivo con presencia de profesional. El segundo periodo (desde la semana 17 a la 24) el programa se realiza en el hogar sin la presencia de profesional. Las variables implicadas corresponden:

- La variable motivación se define como el estímulo que impulsa al participante a realizar la conducta. Durante el programa se trabaja el clima motivacional orientado a la tarea, y el refuerzo positivo de la conducta.

- La variable de percepción del cambio se define como la percepción de mejora en la condición física, la salud y la calidad de vida.
- El mantenimiento de la conducta de ejercicio se define como el grado en que los participantes continúan con la conducta de forma autónoma en el hogar.

En esta fase (semana 14-24) el estilo pedagógico implicado es de resolución y creatividad y se caracteriza porque el participante gestiona las actividades relativas al programa de forma autónoma y autorregulada. Además, adapta los elementos necesarios del programa para conseguir transferirlos al hogar de una forma eficaz.

Características del programa de ejercicio

El programa de ejercicio físico se basa en la mejora de la capacidad de fuerza-resistencia muscular. La duración es de 24 semanas. La frecuencia de trabajo es de 2 sesiones semanales de 90 minutos cada una. El volumen de cada sesión corresponde a 2 series de 8 a 12 repeticiones de 10 grupos musculares (pectoral, cuádriceps, dorsal, isquiotibial, bíceps, deltoides, tríceps, abdominal hipopresivo, gemelos y musculatura del suelo pélvico). La intensidad de la carga oscila entre el 50% y el 70% de la fuerza máxima (Serdà, 2009).

Procedimiento y análisis de datos

El estudio recibe el informe favorable del comité ético de investigación científica. Los datos se recogieron desde el mes de octubre de 2006 hasta el mes de octubre de 2007.

El diseño del estudio es cualitativo siguiendo los principios metodológicos de la Grounded Theory (Weed, 2009) y corresponde a un estudio de casos. Esta propuesta metodológica permite superar el estudio de la adherencia como un índice de resultado y permite identificar los factores de proceso que influencian positiva o negativamente en la realización del ejercicio físico autónomo en el hogar (O'Brien et al., 2008). Aunque hay que tener en cuenta que si bien la metodología cualitativa se caracteriza por una alta validez interna su principal limitación reside en una débil validez externa lo que dificulta la validación.

Muestra

(N = 33). Corresponde a hombres diagnosticados de cáncer de próstata que participan en un programa de ejercicio físico fuerza-resistencia integrado al modelo de adherencia. La selección de participantes finaliza al llegar a la saturación de los datos.

La muestra se construye a partir del muestreo intensivo por representatividad teórica (Taylor y Bogdan, 1981). Los participantes se distribuyen en 7 casos ejemplares. Los casos ejemplares en este estudio están definidos por características diferenciadoras del proceso de afrontamiento de la enfermedad y concretadas a partir de la edad, el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento, el nivel socio-cultural, el estado civil y el tiempo de diagnóstico. (Tabla 2) La distribución de los participantes que representan los casos ejemplares se realiza de la forma siguiente: caso 1, (n = 3); caso 2, (n = 5); caso, 3 (n = 7); caso, 4 (n = 5); caso, 5 (n = 3); caso, 6 (n = 7) y, caso 7, (n = 3). Todos los informantes muestran un alto grado de disponibilidad en el grado de informador y narrador.

Para la inclusión de los participantes en el programa es necesario que cumplan tres condiciones:

1. El diagnóstico histológico de cáncer de próstata, en cualquier estadio de la patología en fase de tratamiento.
2. La superación del examen médico previo decla-

rando que el enfermo no presenta ninguna de las contraindicaciones incompatibles con el programa.

3. La firma del consentimiento informado del interesado.

Los criterios de exclusión corresponden a:

1. La imposibilidad de entender o hablar el español, y/o
2. Presentar impedimentos físicos para el desarrollo del programa de ejercicio tales como patologías cardíacas.

La información se ha generado a partir de la entrevista semiestructurada realizada en la semana 24 del programa (Tabla 3). Es decir, al final del programa completo, cuando los participantes llevan ocho semanas practicando el ejercicio de forma autónoma en el hogar. Las entrevistas se llevaron a cabo en la sala de reuniones del polideportivo; fueron realizadas por los dos primeros autores firmantes del artículo; la distribución de los participantes fue aleatoria; todas las entrevistas fueron grabadas con un magnetófono, con el consentimiento previo de los participantes.

Tabla 2. Casos ejemplares

Caso	1	2	3	4	5	6	7
Edad	65-70	55-65	55-65	65-70	45-55	75-85	75-85
Nivel socio-cultural	No estudios	Superiores	Superiores	Básicos	Superiores	No estudios	Básicos
Estado civil	Viudo	Casado	Casado	Casado	Casado	Viudo	Casado
Estadio enfermedad	III-IV	II-III	I-II	I-II	I-II	II-III	III-IV
Experiencia con el sistema	2001	2001	2007	2004	2004	2001	2007
Tipo tratamiento	O	R	P	P	P	BA	BA

Abreviaciones: O: Orquitectomía; R: Radioterapia; P: Prostatectomía; BA: Bloqueo androgénico

Tabla 3. Modelo de entrevista semiestructurada

Preguntas	Temas derivados
1. Ahora que finaliza el programa de ejercicio en Figueres. ¿Qué piensa de la experiencia?	Profesional Salud Grupo Síntomas Autonomía
2. ¿Cómo continua con el ejercicio en casa? (Si la respuesta implica que no continúa practicando ningún ejercicio ir a pregunta 5)	Grado de adherencia. (dosis) Características de la actividad
3. ¿Qué cambios ha notado?	Calidad de Vida Percepción del cambio Fitness Autoeficacia Vida cotidiana
4. ¿Qué le ayuda a continuar la actividad? ¿Por qué piensa que es así?	Variables de modelo
5. ¿Cuáles son las razones para haberlo dejado? (En el caso de no conseguir la adherencia)	Factores de abandono
6. Para acabar, Dígame algo que se le ocurra para mejorar el programa	Factores de abandono

El procedimiento analítico de la información corresponde a la generación de categorías conceptuales aplicando el Método de Comparaciones Constantes (MCC). Para analizar los datos, a partir de las grabaciones se transcribe tanto la comunicación verbal como la no verbal. Para facilitar el análisis cualitativo de datos textuales se usa el programa informático Atlas.ti. El análisis categorial se realiza a través de la fragmentación de los textos analizados a partir de la creación de unidades de registro, segmentos de significación. Estas primeras agrupaciones llamadas códigos, son las que resumen mejor la información más relevante y significativa para los objetivos planteados. En una segunda fase, se renombran los códigos creados a partir de la utilización del método de comparaciones constantes descrito por Strauss y Corbin, (Corbin y Strauss, 1991) que incluye comparaciones realizadas entre las similitudes, diferencias y conexiones de los datos. Después de este proceso quedaron 35 códigos que hacían referencia a 3 grandes campos:

1. “Variables determinantes”: identificación y descripción de las variables más significativas relativas al modelo que determinan la adherencia.
2. “Puntos fuertes y débiles”: identificación de los facilitadores y limitadores del modelo.
3. “Consideración de cambios”: se refiere a los aspectos relativos al cambio identificados tanto por los usuarios como los investigadores y que potencialmente mejoran la calidad del modelo y del programa de ejercicio.

Además se realiza la triangulación entre informantes y analistas para incrementar el rigor de los resultados. Esta triangulación se obtiene de cruzar las diversas visiones de las personas con cáncer de próstata respecto al objeto de estudio, de las comparaciones entre la información recogida por diversos métodos (diarios de campo, entrevistas semiestructuradas), y de contrastar el análisis entre investigadores. Estos procedimientos para conseguir la validez de la investigación, no responden tanto al objetivo de éste, sino a la sensibilidad propia de la metodología cualitativa que orienta, en todo momento, a buscar la triangulación tanto en el muestreo intencional, en la realización del informe como en el propio diseño emergente, que va y viene de la formulación del problema a la generación de la información (Pla, M., 1999).

Resultados

Los resultados muestran las variables del modelo que correlacionan con el aprendizaje y el mantenimiento de la conducta de ejercicio de forma autónoma al hogar. Se organizan en dos grandes bloques. El primero muestra los elementos identificados que se refieren al desarrollo y consecución del programa. El segundo apartado expone los elementos que facilitan y/o dificultan la actividad autónoma en el hogar.

Elementos relativos al desarrollo del programa

Los usuarios identifican las variables del modelo que durante el proceso de aprendizaje del programa de ejercicio han resultado más significativas para conseguir adherirse a la actividad y corresponden al control conductual percibido, la autoeficacia, la percepción de cambio o fitness y, la motivación. Dos variables de nueva entrada que no están incluidas en el modelo son la figura del profesional y el apoyo psicosocial que del grupo.

a) Fase de iniciación.

- Los informantes identifican el control conductual percibido como a la variable de intención más relevante para la iniciación del programa de ejercicio. Los resultados muestran como las barreras percibidas interfieren en la realización del programa por un doble motivo: son la coartada que justifican la imposibilidad de realizar la actividad y, además, si no se superan pueden provocar el fracaso en el mantenimiento de la actividad autónoma. Las barreras clasifican en cuatro niveles:
- Físicas y funcionales. El participante supera estas barreras a partir de la percepción de los efectos inmediatos post-sesión, el incremento de la vitalidad, la disminución del dolor y la fatiga. Para conseguir este efecto es necesario calibrar la actividad individualmente.

“Con la máquina de pesas sentía un dolor en el hombro, disminuimos el peso, cambiamos la postura y desapareció totalmente” (caso 7).

- Psicosociales. Están presentes en la mayoría de pacientes y manifiestan un comportamiento oscilatorio y en umbral. A partir de su naturalización y contextualización, permiten reconocer posibles causas y generar estrategias eficaces para superarlas. Entre las más relevantes se destacan el miedo y la incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad y, el desánimo y la incapacidad vinculados a los síntomas de la enfermedad. Por ejemplo el dolor provoca miedo a recidiva y muerte temprana por agonía. La fatiga es más sutil y genera una sensación regresiva situando a la persona como enferma.

“Esta fatiga no me deja hacer nada, no estoy bien y debo descansar” (caso 3).

- Culturales. Se identifica el ejercicio como contraindicado en este grupo de población con la posibilidad de causar daños colaterales. Los participantes reconocen como la práctica regular de ejercicio físico mejora su estado de salud y disminuye la intensidad de los síntomas más invalidantes. Este efecto modifica sus creencias previas sobre la relación entre la enfermedad y el ejercicio.

“Cuando me dijeron que el ejercicio me ayudaría a controlar la orina no me lo creí, ¡pero si ya soy mayor! y ahora es lo primero que hago al levantarme” (caso 6).

– Cotidianas. Estas barreras se identifican como excusas aceptadas socialmente: la falta de tiempo, las obligaciones familiares, la identificación de una vida cotidiana plena sin realizar ejercicio, y finalmente, el olvido. Para la superación de estas barreras el trabajo con el profesional durante la fase autónoma se centra en hacerlas explícitas y generar estrategias para su solución, y reorganización de los hábitos cotidianos.

“Si me toca hacer ejercicio por la mañana, voy a comprar por la tarde. No pasa nada” (caso 1).

b) Fase de autonomía.

– Los resultados muestran que la autoeficacia es una variable decisiva en el proceso de control de la actividad. Los participantes describen el proceso de aprendizaje del programa de ejercicio como un proceso continuo autorregulado. Los factores que determinan la percepción de autoeficacia corresponden las estrategias pedagógicas utilizadas y el diseño modular del programa. Estos factores actúan como el elemento mediador que facilita el aprendizaje técnico y cualitativo de la actividad y el traspaso progresivo de rol del profesional al participante. La inclusión de la actividad es percibida como un cambio gradual y sutil que no entorpece la dinámica de vida cotidiana. El diseño modular del programa les permite realizar una actividad a medida atendiendo a la diversidad de síntomas que impactan su CdV.

“Aprender a utilizar las máquinas ha sido más fácil de lo que pensaba. Al principio B. nos enseñaba todo lo que teníamos que hacer, después nos preguntaba si sabíamos como hacer el ejercicio, también nos hacía trabajar con el compañero, ... al final, hacíamos la rutina solos. El trabajo ha sido muy variado y cada vez más libre” (caso 2).

“Ahora hago la rutina completa con más peso, porque que tengo menos fatiga y menos dolor” (caso 4).

c) Fase de mantenimiento.

– Los usuarios identifican a la percepción de cambio o fitness como la variable de resultado. Concretan los efectos del programa en la dimensión física, funcional y psicosocial. La disminución de los síntomas y la mejora en la funcionalidad es la evidencia que corrobora la eficacia del programa. La experiencia de mejora de los síntomas proporciona validez y eficacia al programa, además retroalimenta positivamente al participante y al grupo. El cambio identificado con el

programa de fuerza-resistencia muscular consiste en una mejora de la capacidad física y funcional disminuyendo la constelación de síntomas interactivos que actúan en forma de racimo y que corresponden a la incontinencia urinaria, la fatiga y el dolor. La disminución en la intensidad de estos síntomas invalidantes es fundamental para continuar con el programa.

“Este ejercicio que hacemos funciona. Los ejercicios de la pelota van muy bien, ahora ya no se me escapa (la orina). No me siento cansado, vuelvo a hacer las cosas que hacía antes de operarme como salir a andar con mis amigos, jugar a cartas... Ahora los continuo haciendo en casa tres días a la semana, a mi manera clara, son mi medicina y ahora ya puedo cuidar el huerto” (caso 6).

La mejora del bienestar general y la disminución de la intensidad de los síntomas permiten retomar actividades perdidas y mejorar la CdV.

“Me fui con el IMSERSO a Tenerife. Aguanté (la orina) toda la excursión en autobús. Para mi fue lo mejor del viaje” (caso 4).

La adherencia al programa está supeditada tanto a la percepción de mejora del fitness como a la evolución de la enfermedad. Si el paciente, además de percibir la mejora de su condición física como efecto del programa, recibe una información favorable sobre el efecto de los tratamientos la adherencia al programa está prácticamente asegurada, en caso contrario, su adherencia es cuantitativa y cualitativamente menor.

“Estoy mejor pero aún se me escapa el pipi. El Dr me ha dicho que tengo que empezar el tratamiento hormonal, así que el ejercicio no lo hago mucho” (caso 1).

– Los participantes identifican a la variable de motivación como un elemento básico e imprescindible para mantener la actividad. La definen como el motor principal para continuar la realización del programa. La concreción de la variable es borrosa ya que depende del efecto interactivo de las otras variables significativas del modelo. En esta línea el proceso de cambio de un estado de desmotivación a motivación la atribuyen a 3 variables interactivas: la autoeficacia, la percepción de cambio o fitness, y sobretodo destacan la satisfacción como factor clave mediador de la motivación.

– *“Para continuar con el ejercicio debemos estar motivados”*,

– *“¿Motivados?”*

– *“Si, antes no tenía ganas de hacer nada y ahora lo hago por mi mismo, me obligo a hacerlo porque me he dado cuenta que me va bien para la enfermedad,*

ahora ando erguido y con pasos largos (piensa)... además me distraigo. Lo hago un rato cada día, unos días más y otros menos claro, depende del tiempo que dispongo y así me siento realizado" (caso 7).

Durante la fase de desarrollo del programa los participantes destacan a la figura del profesional y al grupo como variables significativas que favorecen el mantenimiento de la actividad en el hogar.

- Los usuarios describen a la figura del profesional como el elemento potenciador de su adherencia al programa. Describen a un profesional formado y resolutivo en la diversidad de situaciones que impactan en la CdV del hombre mayor con cáncer de próstata. Los usuarios identifican al profesional como fuente de apoyo formal y valoran su capacidad de:
- Informar sobre los aspectos que determinan la gravedad y la progresión de la enfermedad, así como el conocimiento de los hábitos saludables.

“Cuándo empiezan hablar (profesionales) con aquellas palabrotas (tecnicismos), no entiendo nada y pido que lo expliquen para habitantes del planeta tierra...” (caso 5).

- Usar estrategias claras y concisas para adaptar la actividad de forma flexible a las características individuales de la persona mayor.
- Establecer una relación colaborativa basada en la resolución de problemas junto con sugerencias para descubrir soluciones y evitar respuestas que simplemente informan del problema.
- construir una comunicación asertiva y empática, que considere los efectos de la enfermedad y sus consecuencias.

“Me gusta porque B. me lo aclara en un momento. Me dice lo qué debo comer, como están los análisis, que me escriba en el calendario de la cocina, los medicamentos y las visitas médicas para que no se me olvide”; (caso 2) y,

- Tomarse el tiempo necesario para la observación, escucha y comprensión de la necesidad requerida.

Cuando es necesario tomar una decisión que afecta al desarrollo del programa por la aparición de circunstancias excepcionales, los usuarios prefieren la toma de decisiones compartida al consentimiento informado.

“B. dice: el corazón ya no se acelera tanto. ¿Qué te parece si aumentamos el peso? Y no dice, deberías hacer esto” (caso 5).

Los participantes evalúan como excelentes los recursos del profesional para superar las barreras y cumplimentar el programa.

“B. me vio cansadísimo, era incapaz de empezar, entonces B. me dijo: haz el ejercicio que puedas, un poco es más que nada” (caso 7).

Entre las capacidades pedagógicas más valoradas destacan el establecimiento de un clima natural, abierto y espontáneo, emitiendo una retroalimentación constante dirigida a la actividad. Los usuarios identifican el refuerzo positivo de los aspectos relativos al cumplimiento de la dosis de actividad acordada, así como, la calidad en la ejecución y en la iniciativa de las decisiones autónomas.

“La forma que tiene para conseguir que el ejercicio nos guste es muy precisa y funciona, siempre destaca lo positivo y valora nuestro esfuerzo y empeño en la realización de la actividad” (caso 6).

- El grupo se identifica como el elemento de apoyo natural. La actividad en grupo permite reconocer, compartir y naturalizar los elementos que dificultan el mantenimiento de la regularidad en la actividad física. Se generan recursos propios para superar barreras y perciben como a partir de la reorganización de la vida cotidiana pueden incluir el hábito de ejercicio físico regular y establecer un criterio de prioridades. Esta función de intercambio y apoyo del grupo les ayuda a reducir el distress y la distimia generada por la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos. También disminuye la sensación de aislamiento que provoca la enfermedad.

“Me siento seguro y cómodo trabajando con otros con cáncer de próstata en algo nuevo” (caso 1).

Compartir las características clínicas y epidemiológicas con el grupo permite establecer un sentimiento de pertenencia que permite dar y recibir apoyo social para la superación de barreras y el mantenimiento de la práctica de ejercicio generando información significativa para la resolución y afrontamiento de los problemas derivados de la enfermedad y los tratamientos.

“Trabajar con otros que tienen el mismo problema que yo es de gran ayuda, ya que hablamos de los problemas con la orina, el sexo... esto ayuda mucho a superarlo... ahora salgo con los pañales y voy al bar” (caso 5).

Fase de actividad autónoma en el hogar: dificultadores y facilitadores

- a) Los elementos dificultadores identificados a las 8 semanas de trabajo autónomo en el hogar corresponden a la disminución de percepción de autoeficacia propiciada por la pérdida del profesional, del grupo y del

contexto. La disminución de esta variable impacta negativamente en la motivación para la realización del programa.

– Pérdida del profesional. Se identifica con la interrupción de la relación afectiva y la desaparición de la fuente relevante de información en relación a la enfermedad y a los efectos de los tratamientos. Justifican la necesidad del profesional ante el olvido o dudas.

“Allí (el polideportivo) ante cualquier duda preguntaba a B, aquí me lo apoyo yo, no es lo mismo” (caso 6).

– Pérdida del grupo. Los usuarios manifiestan que a partir del grupo se establecía un vínculo afectivo de colaboración que han perdido. Este vínculo era una fuente de ayuda que les facilitaba, enormemente la realización y mantenimiento del programa de ejercicio. Además, a la red social de iguales le atribuyen una función fundamental de intercambio y apoyo con el que se consiguen estrategias efectivas para reducir el distress y la distimia generada por los síntomas de la enfermedad, mejorando la CdV. A pesar de la pérdida de la red social de iguales manifiestan la no voluntad de trabajar en un centro (gimnasio) con diversidad de usuarios ya que no posibilita establecer una comunicación eficaz.

“...Cuando hacíamos la clase (sesión), con ellos (grupo) lo pasaba bien. Me sentía como en casa. Al ver que tenían la misma enfermedad que yo y seguían una vida normal me animé a esforzarme. J. me explicó como utilizar los pañales, y a partir de aquí superé la vergüenza de salir a la calle” (caso 6).

“Prefiero hacer este tipo de ejercicios en casa que con gente normal. Lo mejor era el grupo que habíamos formado, no lo cambio para nada del mundo!” (caso 1).

En este marco el apoyo social percibido tanto por el profesional como por el grupo corresponde a la variable de la norma subjetiva. Esta variable tiene un efecto positivo en la realización y mantenimiento del programa de ejercicio.

“Cuando me volvió a salir el tumor, los compañeros me apoyaron y me animaron a continuar con el ejercicio” (caso 1).

– Pérdida del contexto. La falta de espacio y material adecuados a la actividad en el contexto cotidiano es un handicap para su mantenimiento. Los usuarios informan que el cambio de contexto disminuye la percepción de autoeficacia.

“Al hacer brazos con el saco de arena no sé si subo bien el peso. La pelota que uso yo para los ejercicios

del pipí es más pequeña y dura, no se si tendrá el mismo efecto” (caso 6).

“En casa no es lo mismo, no estoy seguro de hacerlo bien, hay días que no estoy motivado” (caso 3).

b) Los usuarios destacan como elementos facilitadores del trabajo autónomo en el hogar a la motivación intrínseca, la autoeficacia y la satisfacción.

– Los usuarios determinan que la motivación intrínseca es el elemento indispensable para mantener la práctica de ejercicio de forma autónoma y habitual en el hogar. Además describen que el factor de motivación se consigue en el periodo experimental, a partir de la influencia de otras variables del modelo como: el control conductual percibido, la autoeficacia y la percepción de cambio o fitness. Estas variables interactúan y potencian la creencia sobre los efectos beneficiosos de la actividad en la enfermedad y en consecuencia se mantiene la práctica autónoma.

“En el gimnasio era más divertido, estaba más controlado y con los comentarios de los compañeros nos reíamos... pero lo normal es que pueda hacer el ejercicio solo en casa o en cualquier sitio...” (caso 7).

– La autoeficacia es un elemento facilitador de la práctica autónoma y los participantes lo atribuyen al disponer de una guía de ejercicios basada en módulos relacionados con la sintomatología dolor, fatiga, incontinencia, equilibrio y debilidad muscular que es fácil de recordar y sencillo en su ejecución. Al realizar la práctica de forma totalmente autónoma les devuelve al rol activo y principal de su propia vida. La autoeficacia les brinda la posibilidad de saber y conocer lo que están haciendo de forma correcta y evadirse de las rutinas cotidianas y problemas que los sitúa en el estado de enfermo. Los usuarios describen el programa inicial como completo, global y educativo, mientras que su adaptación y transferencia en el hogar es parcial, específica, automatizada.

“Cuando estoy cansado hago los ejercicios de la fatiga, sino hago los de la pelotita para el pipí, el programa es más corto aunque lo hago a diario” (caso 6).

El papel activo que el programa proporciona en la lucha contra la enfermedad devuelve al usuario al rol activo y principal de su vida.

“Cuando me decían tómate esto y esto, pensaba me van a envenenar, a mi lo que me preocupaba de verdad era esta fatiga que no me dejaba hacer nada. Ahora no me tomo nada y estoy mejor que nunca con los ejercicios y mi huerto” (caso 7).

- La variable de satisfacción corresponde al efecto post-actividad en que el usuario percibe un resultado positivo de vigor y un efecto de recuperación del estado físico y psicosocial generado por la enfermedad. La capacidad de controlar la actividad de forma autorregulada proporciona una percepción de autonomía y satisfacción. Esta variable correlaciona con la motivación ya que proporciona un sentimiento de responsabilidad y la adquisición de un papel activo en el mantenimiento de su salud y en la mejora de su CdV.

“Cuando termino la rutina me siento mejor, estoy satisfecho porque he cumplido mi propósito un día más” (caso 3).

Los resultados muestran que durante la fase de actividad autónoma en el hogar las variables de hábito previo y actitud que en la fase experimental no son significativas en esta fase se reactivan y correlacionan con la conducta de ejercicio.

- La variable del hábito previo los participantes confirman que al adquirir el hábito de ejercicio y incluirlo como actividad diaria, les ha ayudado a continuar la práctica de forma regular de forma autónoma en el hogar.

“Ya estaba acostumbrado a hacer los ejercicios, en casa debía continuar con el mismo ritmo” (caso 4).

“Me gusta realizar los ejercicios como antes, con un calentamiento inicial y estiramientos al final, esto lo aprendí” (caso 5).

- La variable actitud es favorable porque los participantes han establecido una creencia positiva entorno la conducta. Reconocen y valoran positivamente su efecto positivo en la salud en general y la enfermedad en particular.

“El ejercicio me ayuda a luchar contra la enfermedad, me mantiene sano y me hace sentir vivo” (caso 1).

Discusión y Conclusiones

En virtud de los resultados, este estudio confirma que el modelo de adherencia integrado al programa de ejercicio físico es efectivo en el grupo de personas mayores con cáncer de próstata. Este modelo adquiere un valor fundamental al identificar y superar las percepciones negativas y las barreras de los interesados consiguiendo una adherencia satisfactoria. La adherencia no depende sólo de las características de los programas ni tampoco de la información ni promoción de la conducta. Además, la estrategia pedagógica progresiva incluida en el modelo tiene como objetivo traspasar el control al usuario hasta conseguir la práctica de ejerci-

cio autónomo en el hogar. Esta estrategia permite el aprendizaje de ejercicio en cantidad y calidad suficiente para conseguir la adherencia. Por otro lado, identificar y promocionar las variables debilitadas del modelo constituye un elemento innovador que permite generar competencia al usuario para gestionar los elementos que determinan el mantenimiento de la conducta autónoma y superar las dificultades derivadas del contexto sociocultural (Marcus et al., 1994). Las características del diseño del programa simple, flexible y de estructura modular permite al usuario adaptar el programa a su estado de salud, a sus síntomas derivados de la enfermedad y a su situación de vida cotidiana. Este elemento se considera central para conseguir el grado de adherencia tan elevado al programa.

Las variables más significativas del modelo de adherencia que favorecen la práctica autónoma al hogar corresponden al conductual percibido, la autoeficacia, la percepción de cambio o fitness, la satisfacción y la motivación. El diseño del modelo en fases (iniciación, autonomía y mantenimiento) ha permitido potenciar las variables más debilitadas de forma continua y autorregulada. Además han permitido identificar y describir los factores facilitadores y limitadores relativos a la práctica autónoma construyendo un mayor significado a la práctica.

Estos resultados, coinciden con los de Dean et al. (2005) confirmando la importancia de las prioridades del usuario en el proceso de adherencia. De acuerdo con Medina-Mirapeix et al. (2006) los resultados muestran la efectividad de una intervención diseñada con un criterio de prioridades acordadas entre el profesional y el usuario. Este factor requiere la toma de decisiones compartida y una planificación centrada en las características del usuario. En esta línea es fundamental identificar los factores prioritarios del usuario e incluirlos de forma colaborativa en la gestión del programa sin interferir en la actividad de la vida cotidiana. Si la intervención fractura la dinámica de la vida cotidiana, es inefectiva, o demasiado complicada de implementar, los usuarios optan, de forma razonable, por interrumpirla y/o abandonarla (Dean et al., 2005). El diseño modular del programa, característica innovadora del mismo, permite al usuario escoger el módulo relativo a los síntomas, estadio y posibilidades cotidianas, construyendo, así, un programa a medida de cada uno sin fragmentar su vida cotidiana. Resulta relevante el reconocimiento de la dosis eficaz, entendida por la cantidad y la calidad de ejercicio que mejora y/o revierte los síntomas de la enfermedad permitiendo conseguir la sobrecompensación (Zhang et al., 2007). A partir de los resultados, se identifica un usuario sensibilizado con la regularidad y la especificidad de la práctica más que con la cantidad, lo que mejora su estado de salud y su CdV (Courneya et al., 2008).

Aunque el programa incluye como elemento innovador el desarrollo progresivo de la autonomía, la determinación de la figura y el rol del profesional defi-

nida por el usuario ha sido un resultado inesperado y sorprendente. En este sentido, el diseño del modelo inicial no explicita la figura del profesional y sus características. Por lo tanto, se incluye como variable de nueva entrada en el modelo final. De acuerdo con Coghill y Cooper, (2009) se señala la necesidad de estudiar en profundidad la relación entre el grupo de usuarios y el profesional para asegurar qué permite dar significado a la actividad sin establecer relaciones interpersonales de dependencia.

Se confirma que la figura del profesional debe atender un amplio espectro de necesidades, lo que requiere una formación completa e integrada en relación al ejercicio físico, el cáncer y las dinámicas de grupo. Los usuarios definen al profesional como una figura experta y especializada, con un nivel de formación elevado y con un perfil ecléctico en la que confluyen cuatro disciplinas básicas correspondientes a la actividad física y salud, la fisioterapia y la rehabilitación, la geriatría y la psicooncología.

Un resultado que justifica este análisis es el sentimiento de pérdida del grupo y del profesional que describen los usuarios en la semana 16. A pesar de reconocer que el aprendizaje les permite controlar los elementos necesarios para la autonomía, la pérdida del sentimiento de pertenencia a una red de apoyo social es un factor desmotivador que provoca una disminución en la percepción de autoeficacia. Con los resultados se ha detectado como esta barrera se activa al final de la fase experimental y, se describe como un elemento dificultador en el mantenimiento de la práctica autónoma por la falta de apoyo socioafectivo y del apego generado por el grupo.

Para superar esta limitación metodológica el programa podría mantener abierto una vía de enlace bidireccional que permitiera al usuario, durante el tiempo necesario, compaginar la actividad autónoma en el hogar y la colectiva. Los autores proponen que el programa considere desde su diseño la capacidad de adaptarse al *timing* individual determinado por la consecución del aprendizaje de la actividad y el empoderamiento de las variables del modelo. En relación al programa de ejercicio la planificación cuantitativa semanal ha sido útil para facilitar el control de la frecuencia (sesiones/semana) y de la dosis de actividad aunque no ha sido procedente para regular el logro de los objetivos para la consecución de la autonomía.

La literatura científica entorno al estudio del efecto del ejercicio físico relacionado con la enfermedad se identifican dos posturas contrapuestas. La primera, defiende la integración de la práctica del ejercicio en ámbitos normalizados. La segunda, el mantenimiento de grupos específicos centrados en las características de la enfermedad. Este estudio deja claro que los participantes prefieren un programa adaptado de forma específica a sus características clínicas y epidemiológicas, es decir, apoya la tesis defendida por O'Brien et al. (2008). Esta cuestión resulta clave en el proceso de

adherencia. Los participantes describen al grupo como una fuente de apoyo natural, a través del intercambio de estrategias efectivas para la superación de las barreras y la construcción de un grupo de pertenencia en el que la comparación social se establece sin prejuicios. Este efecto consigue desplazar a la persona en el continuo de salud-enfermedad del polo de persona enferma de cáncer a persona que vive con cáncer. El grupo genera una motivación colectiva hacia el ejercicio y los hábitos saludables que se transfiere a la persona en el momento de iniciar la práctica autónoma.

Por último señalar que esta experiencia se puede generalizar y conseguir optimizar la adherencia en otros tipos de enfermedades y tratamientos. Para ello se considera necesario profundizar la investigación entorno al rol y la experiencia del profesional que implementa el programa de forma directa, así como su relevancia en el modelo.

Agradecimientos

A una gran profesional amiga y compañera, Marga Sánchez-Candamio.

Bibliografía

- Coghill, N. y Cooper, A. R. (2009). Motivators and de-motivators for adherence to a program of sustained walking. *Preventive Medicine*, 49, 24-27.
- Corbin, J. M. y Strauss, A. (1991). A nursing model for chronic illness management based upon the Trajectory Framework. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 5, 155-174.
- Courneya, K. S., McKenzie, D. C., Reid, R. D., Mackey, J. R., Gelmon, K., Friedenreich, C. M. ..., Segal, R. (2008). Barriers to supervised exercise training in a randomized controlled trial of breast cancer patients receiving chemotherapy. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 116-122.
- Daley, A. J., Crank, H., Mutrie, N., Saxton, J. M., y Coleman, R. (2007). Determinants of adherence to exercise in women treated for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 392-399.
- Dean, S. G., Smith, J. A., Payne, S., y Weinman, J. (2005). Managing time: an interpretative phenomenological analysis of patients' and physiotherapists' perceptions of adherence to therapeutic exercise for low back pain. *Disability and Rehabilitation*, 27, 625-636.
- Dishman, R. K. (1988). Supervised and free-living physical activity: no differences in former athletes and nonathletes. *American Journal of Preventive Medicine*, 4, 153-160.
- Godin, G. (1994). Theories of reasoned action and planned behavior: usefulness for exercise promotion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 1391-1394.
- Marcus, B. H., Pinto, B. M., Simkin, L. R., Audrain, J. E.,

- y Taylor, E. R. (1994). Application of theoretical models to exercise behavior among employed women. *American Journal of Health Promotion, 9*, 49-55.
- Medina-Mirapeix, F., Meseguer-Henarejos, A. B., Montilla-Herrador, J., Escolar-Reina, P., Collins, S. M., y Saturno-Hernandez, P. J. (2006). Reliability and validity of patient reports for physical therapy quality assessment: an empirical analysis regarding the use of exercises for neck pain in Spain. *Journal of Rehabilitation Medicine, 38*, 354-359.
- O'Brien, R. A., Aslani, P., Ciccia, M. A., y Brien, J. A. (2008). Medication adherence among heart and/or lung transplant recipients: An exploratory study. *Journal of Patient Preference and Adherence, 2*, 115-120.
- Oldridge, N. B. (1982). Compliance and exercise in primary and secondary prevention of coronary heart disease: a review. *Preventive Medicine, 11*, 56-70.
- Owen, N., Wakefield, M., Roberts, L., y Esterman, A. (1992). Stages of readiness to quit smoking: population prevalence and correlates. *Health Psychology, 11*, 413-417.
- Pla M. (1999) El rigor de la investigación cualitativa. *Revista de Atención Primaria, 24*, 5, 295-300
- Resnick, B. y Spellbring, A. M. (2000). Understanding what motivates older adults to exercise. *Journal of Gerontological Nursing, 26*, 34-42.
- Serdà, B., Monreal, P., y del Valle, A. (2011). Calidad de vida y cáncer de próstata: un programa progresivo de fuerza-resistencia. *Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física del deporte, 11*, 362-383.
- Serdà, B. (2009). *Avaluació dels efectes d'un programa d'exercici físic individualitzat sobre la Qualitat de Vida (QdV), la incontinència urinària, la fatiga i la resistència muscular amb malalts de càncer de pròstata*. Universitat de Girona (UdG), TESEO.
- Shephard, R. J. y Bouchard, C. (1994). Principal components of fitness: relationship to physical activity and lifestyle. *Canadian Journal of Applied Physiology, 19*, 200-214.
- Shephard, R. J. y Bouchard, C. (1996). Associations between health behaviours and health related fitness. *British Journal of Sports Medicine, 30*, 94-101.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1981). A qualitative approach to the study of community adjustment. *Monographic American Association Mental Deficiency, 71*-81.
- Zhang, A. Y., Strauss, G. J., y Siminoff, L. A. (2007). Effects of combined pelvic floor muscle exercise and a support group on urinary incontinence and quality of life of postprostatectomy patients. *Oncology Nursing Forum, 34*, 47-53.
- Weed, M. (2009). Research quality considerations for grounded theory research in sport and exercise Psychology. *Psychology of sport and exercise, 10*, 502-510.

Manuscrito recibido: 13/04/2011

Revisión recibida: 24/10/2011

Manuscrito aceptado: 15/11/2011