

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN SOBRE EL CÁNCER DE
PRÓSTATA Y SU PREVENCIÓN EN EL PERSONAL
ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNÁNUE DE TACNA EN EL AÑO 2013”**

TESIS

**Para optar el título profesional de:
MÉDICO CIRUJANO**

**Presentado por:
JÉSSICA CAROL CHÁVEZ ESTRADA**

**TACNA – PERU
2013**



DEDICATORIA

A mi Luciana; mi fiel compañerita; gracias por hacerme tan feliz y acompañarme incondicionalmente, sé que ahora estas en el cielo y serás mi angelito, hasta que nos volvamos a encontrar. Te amo mi bebita.

A mi Mamemita, una gran mujer, madre y abuela; porque me dio el mejor regalo del mundo: Mi madre, la mejor.



AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios, por haberme permitido ser profesional y bendecirme con este sentimiento de felicidad y logro, por sus enseñanzas, que a veces no entiendo, sé que lo hace porque tiene un plan especial para mí.

Gracias a mi papá, a mi mamá y mi hermana Yuliana, que nunca dudaron de mí y me apoyaron en todo. Gracias a ellos soy médico, por su buen ejemplo y enseñarme que lo más importante es el estudio, tenían mucha razón.

Agradezco también a mi asesor, el doctor Juan Girón Dappino, que me supo guiar bien en mi proyecto, desde que empecé de cero en esta nueva experiencia. Gracias por su paciencia, su enseñanza y sus consejos.

Como no agradecer al doctor Arias y a la profesora Sisi, si fue por ellos y por su dedicación que pude terminar mi tesis y hacerlo muy interesante. Gracias por su confianza, sus consejos y su tiempo doctor.

También agradezco a mis jurados, de manera especial al doctor Juan Cánepa, por su tiempo y su ayuda incondicional, siempre dispuesto a servir. Gracias doctor por darme tranquilidad en todo este tiempo de estrés, por sus consejos y su personalidad, por hacerme sentir en confianza y más al momento de sustentar.

Quiero agradecer finalmente a mis amiguis, siempre apoyándome en todo y creyendo en mí.



RESUMEN

El propósito del estudio fue determinar el nivel de conocimientos y la percepción sobre el cáncer de próstata y su prevención en el personal asistencial masculino del Hospital Hipólito Unánue de Tacna en el año 2013. El Modelo de Creencias en Salud fue el marco teórico utilizado para este estudio. Se utilizó un cuestionario llamado “Instrumento de Percepción de prevención del Cáncer de Próstata de Edwards” traducido al español y validado con el coeficiente alfa de Cronbach dando por resultado 0.72 para la escala de conocimientos y 0.80 para la escala de percepción sobre la prevención del cáncer de próstata.

Se incluyó a 130 varones mayores de 45 años. El 89.3% tienen un buen nivel de conocimientos, donde es representado en su mayoría por el médico (70%). El 81.5% es indiferente frente a la prevención del cáncer de próstata, encabezado por los médicos (50.9%). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y la ocupación ($p < 0.05$), mas no con el grupo étnico. Se evidenció asociación entre la percepción sobre la prevención del cáncer de próstata y la ocupación ($p < 0.05$) y también con el grupo étnico ($p < 0.05$). En cuanto a las prácticas preventivas del cáncer de próstata, el 63.8% nunca se había hecho un examen rectal; pero la mayoría el 54.6% se habían hecho el PSA. El 14.6% se realizó el examen de próstata después de los 56 años, siendo el principal motivo la presencia de síntomas prostáticos (15.4%). Además solo el 29.2% se realizaba anualmente el chequeo de próstata.

Se concluye que a pesar de un buen nivel de conocimientos hay indiferencia en la percepción de prevenir el cáncer de próstata. Por lo que se debe tomar conciencia empezando por el personal de salud para guiar a la población sobre su importancia para detectar a tiempo el cáncer de próstata. Esta información obtenida en este estudio puede ayudar a guiar las futuras investigaciones en desarrollar programas educativos para fomentar la participación regular en la prevención del cáncer de próstata.

Las palabras claves: cáncer de próstata, prevención, conocimientos y percepción.



ABSTRACT

The purpose of the study was to determine the level of knowledge and perception about prostate cancer and its prevention in male caregivers of HipolitoUnánue Hospital of Tacna in 2013. The Health Belief Model was the theoretical framework used for this study. A questionnaire called "Edwards Prostate Cancer Perception Screening Instrument" translated into Spanish and validated with Cronbach's alpha resulting 0.72for knowledge scale and 0.80for perception scale about prostate cancer screening.

A total of 130 men over 45 years were included in this study. The 89.3% had a good level of knowledge, which is mostly represented by the doctor (70%). The 81.5% is indifferent in prostate cancer screening, represented by doctors (50.9%). We found a statistically significant association between the level of knowledge and occupation, but not with the age group. Association was demonstrated between the perception of prostate cancer screening and occupation and also the age group ($p < 0.05$). Regarding preventive behaviors of prostate cancer, 63.8% had never done a rectal exam but most 54.6% had done the PSA. The 14.6% was performed the prostate exam after 56 years, the main reason was the presence of prostate symptoms (15.4%). Also only 29.2% performs annually prostate cancer screening.

We conclude that despite a good level of knowledge is perceived indifference in prostate cancer screening. For that, we must be aware in start by health care providers to guide the population about their importance to detect at time the prostate cancer. The information gained in this study can be helpful in providing guidance to future research in developing educational programs to encourage regular participation in prostate cancer screening.

Key words: prostate cancer prevention, knowledge and perception.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1 Fundamentación del problema	10
1.2 Formulación del problema	12
1.3 Objetivos de la investigación	12
1.3.1 Objetivos Generales	12
1.3.2Objetivos Específicos	12
1.4 Justificación	14
1.5 Definición de Términos	16
2. CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA	18
2.1 Antecedentes de la investigación	18
2.2 Marco teórico	31
2.2.1 Cáncer de Próstata	31
2.2.2 Modelo de Creencias en Salud	54
2.2.3 Percepción	66
3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	69
3.1 Hipótesis	69
3.2 Operacionalización de las variables	69
4. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	70
4.1 Diseño	70
4.2 Población y muestra	70



4.2.1	Ámbito de estudio	71
4.2.2	Criterios de Inclusión	73
4.2.3	Criterios de Exclusión	73
4.2.4	Instrumentos de Recolección de datos	73
5.	CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	76
5.1	Procedimiento estadístico de los datos	76
6.	CAPITULO VI: PRESENTACION E INTERPRETACIÓN DERESULTADOS	80
7.	DISCUSIÓN Y COMENTARIO	97
8.	CONCLUSIONES	103
9.	RECOMENDACIONES	105
10.	BIBLIOGRAFÍA	107
11.	ANEXOS	113



INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es la segunda causa principal de muerte en hombres a nivel mundial sólo superada por el cáncer de pulmón¹. Si se detecta a tiempo, mientras que el tumor está confinado a la próstata, la tasa de supervivencia a cinco años es del 90% frente al 35% para una enfermedad más avanzada². El cáncer de próstata, cuando se encuentra en estado avanzado, determina síntomas urinarios de intensidad variable y complicaciones a largo plazo, afectando así la calidad de vida y teniendo un profundo efecto en la función sexual de los varones. Por tanto, la detección tardía del cáncer de próstata incrementa significativamente los costos en salud, al favorecer la aparición de complicaciones e incluso la muerte.

La detección temprana del cáncer de próstata es un factor clave en la reducción de la morbilidad y mortalidad. Así, la Sociedad americana del Cáncer recomienda realizarse un examen digital rectal (DRE) y la prueba del antígeno prostático específico (PSA) anualmente a partir de los 40 años de edad para el grupo de riesgo, éstos son los hombres de raza negra y familiares de primer grado de cualquier raza diagnosticados con cáncer de próstata antes de los 50 años. Todos los demás deben ser examinados anualmente a partir de los 50 años de edad¹.

Sin embargo, para muchos hombres, la visita al urólogo sólo se da cuando presentan síntomas o molestias, que nos indica que la enfermedad está muy avanzada. Esto se debe, a la percepción que cada hombre tiene frente a esta enfermedad y su detección. La capacidad de comprender y predecir los comportamientos de salud puede facilitar

¹American Cancer Society. Cancer Facts and Figures. Atlanta 2002.

²Weinrich, S., Yoon, S., & Weinrich, M. Predictores de la participación de la detección del cáncer de Próstata. Journal of Community Health Nursing 1998, 15(2), 113- 129.



el desarrollo de programas educativos encaminados a la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Existe la necesidad de desarrollar estrategias para aumentar la participación en las conductas de promoción de la salud y las actividades de detección de cáncer entre los hombres. Mejorar la comprensión de los médicos de los factores que afectan los comportamientos de riesgo puede facilitar el desarrollo de programas educativos. Por tanto, se podría aumentar la detección temprana, y así tener un impacto sobre la supervivencia del paciente de cáncer de próstata y la calidad de vida.

Consideramos importante este tema, por su elevada morbimortalidad; por lo que, se generó la necesidad de realizar el presente trabajo titulado **“Percepción y conocimientos sobre el Cáncer de Próstata y su prevención en el personal asistencial masculino del Hospital Hipólito Unánue de Tacna en el año 2013”**. Este estudio busca describir los conocimientos básicos, las amenazas percibidas, beneficios, barreras y la autoeficacia de los comportamientos frente a la prevención del cáncer de próstata en el personal de salud, ya que son la fuente principal de información de la comunidad. Este estudio también describirá la frecuencia del control preventivo del cáncer de próstata y sus prácticas de prevención en el personal masculino de nuestro hospital.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

El Cáncer de Próstata es una enfermedad frecuente e importante causa de muerte en nuestra sociedad; en términos generales, es la forma más frecuente de cáncer en los varones, seguido de cerca por el cáncer de pulmón³.

Según Salud en las Américas, 2007 (publicado en la OPS) los tumores de la próstata son el segundo cáncer principal entre hombres en el 2004, con un índice de mortalidad de 12.4/100,000⁴.

En el 2011, en el Perú la tasa de incidencia estimada es de 18.9 por 100 mil hombres y la mortalidad asciende a 13.6 por 100 mil. Además, ocurren anualmente alrededor de 42 mil nuevos casos de cáncer y fallecen aproximadamente 15 mil personas por esta enfermedad cada año. El 90% de los pacientes con cáncer que acuden al INEN llegan en estados avanzados de la enfermedad, hecho que hace más difícil su tratamiento y pronóstico⁵.

La mortalidad en Tacna por Tumores malignos disminuyó ligeramente en 4,08% respecto al año 2009; para el año 2010 se registraron 188 defunciones y representa el 16,7% del total; la primera causa se mantiene para los Tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon (23,94%). El cáncer de

³Cotran, Kumar, Collins, Robbins. Patología estructural y funcional; 6ta edición. México, Editorial McGraw Hill Interamericana, año 2000. Capítulo 23: aparato genital masculino; páginas 1073-1077.

⁴Organization, Project GLOBOCAN[sede Web]*. Lyon: World Health. [actualizado 2010; acceso 14 de octubre del 2012]. Prostate Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp>

⁵Ministerio de Salud. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/cancer/datos.asp>



próstata está en 4to lugar con 12 defunciones en el 2010 representando el 6.38%⁶. Todas estas cifras nacionales no hacen otra cosa que alertar sobre una problemática en salud no controlada adecuadamente.

Por consiguiente, la Organización Mundial de la Salud la ha reconocido como un problema de salud pública fundamental; debido a que es una enfermedad silenciosa y que si no es tratada a tiempo puede conducir a complicaciones diversas, que comprometen la vida del sujeto y su calidad de vida. Por tanto, la detección tardía del cáncer de próstata puede incrementar significativamente los costos en salud, al favorecer la aparición de complicaciones y la muerte. Estas complicaciones se podrían prevenir si los hombres después de los 40 años se examinaran anualmente la próstata. Sin embargo, las creencias que existen con respecto a las enfermedades de la próstata y su revisión, impide en muchos casos diagnosticar a tiempo, no sólo el cáncer de próstata, sino también la hiperplasia benigna de próstata.

En una encuesta realizada por la Asociación Mundial de Pacientes con Cáncer de Próstata (PROnet) creada en septiembre del 2000, se concluyó que la detección precoz y el tratamiento eficaz del cáncer de próstata se ven obstaculizado por la ignorancia, la explicación inadecuada de las opciones de tratamiento y las decisiones apresuradas.

La mayoría de los hombres, consientes e inconscientes de que pueden padecer esta enfermedad tan propia de su sexo y muy ligado a la edad, hacen caso omiso o desconocen la magnitud de este problema; y del gran impacto que causaría sobre ellos, que serían los más afectados si llegaran a padecerla. Además, la falta de estudios similares a nivel nacional me motivó a la realización de la presente investigación.

⁶Dirección Ejecutiva de Epidemiología. Análisis de situación de salud. Tacna: Región de salud Tacna; 2010.



1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los conocimientos y percepciones frente al cáncer de próstata y su prevención en el personal asistencial masculino del Hospital Hipólito Unánue de Tacna en el año 2013?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivos Generales

Describir los conocimientos y percepciones frente al cáncer de próstata y su prevención en el personal asistencial masculino del Hospital Hipólito Unánue de Tacna en el año 2013.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Determinar el nivel de conocimientos acerca del cáncer de próstata y su prevención en el personal asistencial masculino del Hospital Hipólito Unánue de Tacna.
- b) Conocer la percepción sobre el cáncer de próstata y su prevención (amenazas percibidas, beneficios percibidos del examen digito rectal y del PSA, barreras percibidas y la autoeficacia) en el personal asistencial masculino del Hospital Hipólito Unánue de Tacna.
- c) Determinar la asociación entre ocupación y grupo étnico con nivel de conocimientos y percepción sobre el cáncer de próstata en el personal asistencial masculino del Hospital Hipólito Unánue.



- d) Conocer las prácticas de salud sobre la prevención del cáncer de próstata en el personal asistencial masculino del Hospital Hipólito Unánue de Tacna en el año 2013.



1.4 Justificación

El cáncer de próstata ocupa uno de los primeros lugares como causa de morbimortalidad a nivel mundial.

Por otro lado, el educar a la población e informar al usuario en la consulta son las herramientas más efectivas para el diagnóstico temprano y oportuno. Además, el desafío de los médicos pasa también por sensibilizar al paciente; lograr que los varones visiten por primera vez al urólogo para realizarse un tacto rectal, no es simple.

El papel que juegan los médicos en toda esta temática es por demás importante para modificar el riesgo de un paciente a desencadenar una determinada enfermedad.

Por lo tanto, en una primera etapa el médico debe actuar como modelo: Nunca se predicar con más énfasis los cambios de conducta que cuando el médico, por creer en ellos, los ha adoptado.

Hay que tener en cuenta, que no sólo los médicos deben velar por la salud de los pacientes, si no que todo el personal de salud debe también involucrarse y ser partícipes en la prevención de enfermedades. Pero existen ciertos obstáculos, que como hemos visto, empieza desde la propia percepción de estas enfermedades por parte de los varones, que no siempre se modifican por el conocimiento.

El presente trabajo se propone medir los conocimientos y describir las actitudes y percepciones frente al cáncer de próstata, en el personal de salud masculino del Hospital Hipólito Unánue de Tacna, al ser ésta una patología frecuente de su propio sexo, y ser el personal de salud el llamado a dirigir y ejecutar los programas y acciones preventivas en la población, acción que puede ser muy limitada si los



conocimiento, percepciones y prácticas son erróneos, existiendo la posibilidad que esas actitudes negativas puedan ser transferidas a la población.

Además, el objetivo más importante de este estudio, es la prevención de la enfermedad, y está dirigido a vencer la resistencia de los hombres a realizarse reconocimientos médicos periódicos que incluyan un examen completo, ya que ésta es la mejor protección contra la enfermedad.

Por tanto, es indispensable un cambio de actitud y de objetivo por parte de todos los profesionales de la salud encabezados por el médico. De aquí se genera la necesidad de realizar actividades permanentes en la prevención y control de cáncer prostático, tomando como punto de partida el nivel de conocimientos y actitudes.

Se puede contribuir a la solución de éste problema planteando un programa eficiente de detección oportuna en la población de riesgo en base a los resultados que se obtenga de éste estudio. La prevención por ser menos costoso para el país permite ahorrar recursos al estado peruano y éste tipo de estudios fundamentará éstas intervenciones.

Además, este estudio fue diseñado con la esperanza de identificar información que se puede utilizar para ayudar y guiar la implementación de programas educativos para fomentar y mejorar las prácticas de prevención del cáncer de próstata. Finalmente este estudio es importante porque servirá como antecedente para futuras investigaciones.

1.5 Definición de Términos

- **El conocimiento:** se ha definido teóricamente como "un factor modificante que se cree que tiene un efecto indirecto sobre el comportamiento al influir en la percepción de la susceptibilidad, gravedad, beneficios y barreras". El conocimiento se define operacionalmente por la comprensión del participante sobre el cáncer de próstata y su prevención con las respuestas correctas a las preguntas de la escala de conocimiento.
- **Susceptibilidad percibida:** definido teóricamente como "la percepción subjetiva del individuo del riesgo de contraer una enfermedad. Susceptibilidad percibida se define operacionalmente como el riesgo subjetivo de desarrollar cáncer de próstata.
- **Percepción de la gravedad:** se define teóricamente como "un sentimiento individual sobre la gravedad de contraer una enfermedad o dejarla sin tratar". Gravedad percibida se definió operacionalmente, como la opinión del sujeto en cuán serio es el cáncer de próstata y el riesgo de desarrollar cáncer de próstata.
- **La Amenaza percibida:** fue la combinación de susceptibilidad percibida y severidad.
- **Beneficio percibido:** fue definido teóricamente como "la eficacia de las medidas aconsejadas para reducir el riesgo o la gravedad del impacto". Beneficio percibido se define operacionalmente como la percepción del sujeto sobre la eficacia de la prueba de sangre PSA y el examen digito rectal (EDR). Uno de los beneficios percibidos podría ser la detección temprana, lo que puede disminuir la mortalidad y la morbilidad. Este estudio tuvo dos



escalas de beneficio que fueron: beneficio del PSA y beneficio del examen rectal.

- **Barrera percibida:** fue definida teóricamente "como los aspectos potencialmente negativos de una acción de salud en particular que pueda actuar como impedimento a la realización de un comportamiento recomendado. Una barrera percibida se define operacionalmente como una percepción negativa hacia la detección del cáncer de próstata con el PSA y el tacto rectal.
- **La autoeficacia:** se define teóricamente como "confianza en su capacidad de tomar una acción". La autoeficacia tiene en cuenta la propia capacidad cognitiva y motivacional, y el estado de ánimo o sentimiento. La autoeficacia se define operacionalmente por la respuesta del sujeto relacionada a su confianza para participar en el cribado del cáncer de próstata mediante la prueba de sangre PSA y Examen digito rectal.



CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Antecedentes de la investigación

PEREIRA DE PAIVA ELENIR Y COL (2011) describió las barreras sobre el rastreo de cáncer de próstata, realizando una encuesta domiciliaria abarcando 160 hombres en un área de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). En los resultados se observaron que poco más de la mitad ya se había realizado el examen. En relación a las creencias sobre la enfermedad, 95% de ellos creen que se pueden curar si es detectado precozmente, 29,4% refirieron la posibilidad de vida normal a pesar de estar enfermo; 56,3% creen que puede ser asintomático, 36,1% de acuerdo/en desacuerdo que el tratamiento es peor que la enfermedad y el 34,4% está de acuerdo que el examen afecta la masculinidad y si estuviese bien no sería necesario hacerlo. En cuanto a las barreras, 15% informaron que el médico nunca solicitó el examen, 10,9% no lo encuentran importante y 16,9% tienen miedo de hacerlo. A pesar de que no es el único determinante, diseminar los conocimientos adecuados sobre el examen puede constituirse en una estrategia fundamental para la formación de una actitud positiva en relación a la detección precoz⁷.

MUÑOZ A. MARIA Y COL (2010) con el propósito de generar estrategias de promoción de la salud sobre el tema realizó un estudio descriptivo con 150 hombres voluntarios que firmaron consentimiento informado. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 30 preguntas orientadas por el modelo de creencias en salud de

⁷Paiva Pereira Elenir; Motta Salvador Maria Catarina; GriepHarterRosane. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-feb. 2011; 19 (1):[08 pantallas]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae



Hochbaum et al. Los datos se organizaron, codificaron y categorizaron. Los participantes eran en su mayoría casados (53%), procedentes del área urbana (69%), escolaridad primaria (53%), de estrato bajo (81%), régimen subsidiado de salud (73%) y religión católica (95%). De todos los entrevistados, el 76% se consideró vulnerable al cáncer de próstata si eran mayores de 60 años. Ellos identificaron los siguientes factores de riesgo: el hábito de fumar (29%), los comportamientos sexuales promiscuos (8%), la mala nutrición (5%) y la herencia (7%). El 60% consideró tener conocimientos sobre la enfermedad y el 97% era consciente de su gravedad. Un 98% de los hombres reconocían los beneficios del diagnóstico oportuno, pero solo unos pocos (27%) se habían realizado el examen. Se plantearon tres barreras para su realización: falta de conocimientos (37%), afectación de la masculinidad (33%) y dificultad en el tratamiento (94%); esto último derivado del alto costo y bajo acceso al servicio especializado. Las barreras culturales, económicas y de acceso a servicios de salud superan los beneficios percibidos con el tratamiento, lo cual se refleja en la baja intención de práctica del examen diagnóstico. Se requiere implementar estrategias de educación participativa⁸.

PEREIRA DE PAIVA ELENIR(2008) analizó la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la detección del cáncer de próstata. Hicieron encuestas en los hogares de hombres con edad entre 50 y 80 años, que viven en Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Los datos fueron recogidos entre los meses de abril y junio de 2007 a través de un cuestionario específico con variables socio-demográficas, ocupacionales, hábitos de vida, la costumbre de hacer o no exámenes para detectar precozmente la enfermedad, acceso y utilización de los servicios de salud, historia

⁸María Nelcy Muñoz Astudillo, Luis Alfredo Sossa Pinzón, Jhon Jairo Ospina, Adrián Grisales, José David Rodríguez García. Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años de Santa rosa de Cabal. Colombia, 2010. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 16, No.2, julio - diciembre 2011, págs. 147 – 161.



familiar y personal para el cáncer de próstata, además de preguntas respecto a conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la detección de este tipo específico de cáncer. Asociaciones estadísticas entre conocimiento, actitud y práctica y las variables para la detección precoz del cáncer de próstata fueron evaluadas a través de un test específico con niveles de significación de 5%. Fueron encuestados 160 hombres cuya media de edad fue de 61,5 años (DP = 8,0). La descripción sociodemográfica enseñó que 69,4% eran casados y 88% tenían hijos, la renta familiar media fue de 308,00 (DP = 276,4). De ellos, 86,3% participaban del programa de salud de la familia. Respecto a las creencias evaluadas, observamos que 95% de los hombres creen que el cáncer puede ser curado si es detectado precozmente. De acuerdo con las definiciones previas de conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas, 63,8% de los hombres presentan conocimiento adecuado, 40,6% actitudes y 28,1% prácticas también adecuadas. Encontramos asociaciones significativas entre conocimientos, actitudes y prácticas de los encuestados respecto al rastreo del cáncer de próstata. Los hombres con conocimientos adecuados hablaron con más propiedad (7,6% - IC 95% = 2,4 – 23,6) de las prácticas adecuadas. Aquellos con actitudes adecuadas mostraron mejor dominio de prácticas adecuadas (RP = 1,8; IC = 1,1 – 3,0). Nuestra sugerencia consiste en medidas educativas respecto a las prácticas y la reducción de barreras encontradas. Las contribuciones de este estudio van más allá de la producción de conocimiento, ya que su contenido sirve de orientación y definición de acciones en el ámbito de los servicios de salud, buscando aumentar la práctica de exámenes de detección precoz para el cáncer de próstata, y de este modo, contribuir significativamente para la reducción de la proporción de diagnóstico en el período más avanzado de esta enfermedad. La experiencia analizada sirve para reforzar la tesis de que la prevención y detección precoz, estrategias básicas para el control del cáncer de próstata, depende de un conjunto de actividades educativas constantes,



persistentes y dinámicas para los hombres, de acuerdo con sus valores, niveles de educación y otras variables⁹.

TAGHIPOUR ALI Y COL (2007) manifestó que a pesar de avances significativos en la investigación del cáncer de próstata en las últimas dos décadas, la detección de la enfermedad sigue siendo controvertida. Desde una perspectiva sociológica, poco se sabe de las creencias de los pacientes sobre su enfermedad y por qué suelen demorar en buscar diagnóstico. El propósito de este estudio cualitativo fue comprender las experiencias y percepciones de los hombres sobre la detección precoz de cáncer de próstata. En este estudio se utilizó una Teoría Fundamentada (GT) que incorpora desde el punto de vista teórico el construccionismo social. Un muestreo intencional de doce hombres de los hospitales del sector público y privado que habían recibido terapia fueron entrevistados cara a cara utilizando una guía de entrevista semi-estructurada. Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas en su totalidad, traducido al Inglés por el investigador, y se analizaron usando software MAXqda2. Los resultados fueron que la detección temprana del cáncer de próstata se encontró que era condicionado por las creencias de la enfermedad de próstata y sus experiencias acerca de la curación. Hubo una falta de información sobre el proceso de detección temprana. Los hombres sentían que la intervención médica se centra en los aspectos biológicos, haciendo caso omiso de las necesidades individuales. Teniendo en cuenta las percepciones de los hombres y las experiencias de la enfermedad, la detección de cáncer de próstata parece tener implicaciones más amplias. Los hallazgos sugieren que la detección temprana de la enfermedad en Irán puede necesitar un modelo de evaluación que incorpore tantos aspectos biomédicos y psicosociales¹⁰.

⁹ Pereira De Paiva Elenir. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la detección de Cáncer de Próstata. [tesis doctoral]. Brazil: Universidad Federal de Rio de Janeiro, 2008.

¹⁰ Taghipour Ali, Vasso Vydellingum, Sara Faithfull. Percepciones y experiencias en hombres iraníes acerca de la detección temprana de Cáncer de Próstata. Iran, 2007.



JOANN SIMON OLIVER Y COL (2008) evaluó la relación entre las creencias de salud, el conocimiento y variables demográficas seleccionadas (edad, ingresos y educación) y la decisión del hombre para participar en la detección del cáncer de próstata entre los hombres afroamericanos que habitan en las comunidades rurales. El marco conceptual para el estudio fue el Modelo de Creencias de Salud. Los participantes del estudio fueron reclutados a través de contactos de las comunidades rurales en el oeste central de Alabama. Una muestra de 90 hombres afroamericanos entre las edades de 40 – 82 años de edad fueron reclutados. El análisis de los datos de la investigación indicó que no había una diferencia estadísticamente significativa en la motivación (creencias sobre la salud), el conocimiento, y la edad de los hombres que participaron en el cribado del cáncer de próstata en comparación con aquellos que no participaron en el cribado de cáncer de próstata. La regresión logística fue usada para determinar que variables independientes [creencias de salud (beneficios, barreras, motivación), el conocimiento, edad, ingresos y educación] fueron predictores de la detección del cáncer de próstata. Los resultados indicaron que el modelo general de un predictor, la motivación fue estadísticamente fiable para predecir la detección del cáncer de próstata. El modelo explicó el 15 y el 20% de la varianza. La sensibilidad del modelo para predecir aquellos que participarían en el despistaje de cáncer de próstata fue 85%. Los resultados indican la necesidad de más intervenciones educativas y motivacional para promover la toma de decisiones con respecto a la detección de cáncer de próstata. Estas intervenciones deben ser culturalmente sensibles y orientado hacia los hombres afroamericanos, especialmente los que viven en zonas rurales¹¹.

ELEANA OYARZUN N. Y COL (2008) refiere que el cáncer de próstata constituye la tercera causa de mortalidad en la población masculina Chilena por lo que plantea la

¹¹Oliver, JoAnn Simon, "Prostate Cancer Screening Patterns among African American Men in the Rural South". [tesis doctoral] Atlanta: Georgia State University, 2008. Nursing Dissertations. Paper 7. Disponible en: http://digitalarchive.gsu.edu/nursing_diss



necesidad de conocer el nivel de conocimiento médico del Cáncer prostático y su aplicabilidad en la atención primaria. Es un estudio transversal de una muestra de médicos generales, distribuidos en 3 servicios de Salud Metropolitanos. Mediante una encuesta de selección múltiple, se consideraron las variables: factores de riesgo, exámenes de prevención y complementarios, cáncer prostático en el plan AUGE y grado de información proporcionada a la población masculina. Los resultados fueron 234 médicos generales. Los factores de riesgo reconocidos fueron edad (93,3%), antecedente familiar de Cáncer (78,4%) y tabaquismo (32,1%). El 46,2% realiza rara vez el tacto rectal (TR), identificando como principales razones: rechazo del paciente (52,8%) e incomodidad (41,7%). El 60,3% solicita el Antígeno prostático específico (PSA), el 53% identifica corte de 4 ng/ml sospechosa de Ca y 22,6% considera cifras mayores a 10 ng/ml. El 77,6% considera que la anamnesis, TR y APE, son los exámenes básicos para derivar al especialista; 5,1% desconoce que esta patología pertenece al Plan AUGE, el 51,7% desconoce la edad de cobertura. Solo un 40,2% realiza frecuentemente consejería a la población masculina consultante. En conclusión, estos resultados enfatizan la necesidad de analizar el impacto de las medidas de prevención del cáncer de próstata y ofrecer capacitación a los médicos generales respecto a la sintomatología, el TR e ingreso al plan AUGE, que permite brindar un diagnóstico oportuno para reducir la morbimortalidad y mejorar su pronóstico¹².

BLOCKER E. DEBORAH Y COL (2006) llevó a cabo una investigación para evaluar las actitudes y comportamientos relacionados con las actividades de prevención del cáncer de próstata que podrían ser usados para desarrollar una intervención culturalmente relevante para la población afroamericana de una iglesia. Cuatro grupos de géneros específicos fueron conducidos con 29 hombres y mujeres en

¹²Elena Oyarzun N., Marcela Figueroa S., Osvaldo Ibaceta F. Prácticas y conocimientos médicos sobre la pesquisa del Cáncer de Próstata en la atención primaria. Revista Chilena de Urología 2008 diciembre 12; 41(1) 35 – 42.



dos iglesias afroamericanas del norte central de Carolina. Tres temas primarios emergieron de los grupos de discusión: creencias influenciadas culturalmente y por género y barreras acerca de la prevención del cáncer y cribaje; barreras relacionadas al sistema del cuidado de la salud; e influencias religiosas, incluyendo la importancia de la creencia espiritual y apoyo de la iglesia. Estos debates pusieron de manifiesto la importancia de la familia de raza negra, la influencia positiva de los cónyuges/compañeros en la promoción de la detección de cáncer y comportamientos saludables, el rol de la fe y el liderazgo de la iglesia, y sus creencias acerca de la voluntad de Dios para el bien de la salud. Estos resultados también revelaron que todavía hay grandes obstáculos y desafíos para la prevención del cáncer entre afroamericanos, incluyendo la desconfianza continua de la comunidad médica y actitudes negativas hacia las pruebas de detección específicas. Los resultados proporcionan pistas importantes a considerar en la aplicación de intervenciones de prevención de cáncer de próstata exitosas diseñados para la audiencia de la iglesia¹³.

SÁNCHEZ REGALADO ARAY JUANA (2007) realizó un estudio descriptivo en el Barrio Unión y la Urbanización La Campiña del Municipio Naguanagua del Estado Carabobo. El objetivo del estudio era analizar los determinantes de la asistencia espontánea a la pesquisa del cáncer de próstata. Se aplicaron 126 encuestas a hombres mayores de 39 años residentes del sector escogidos al azar. Los determinantes considerados fueron: hábitos, conocimientos, valores, creencias y estrato socioeconómico. El análisis de datos abarcó la revisión de las frecuencias de cada variable, tablas de correlación de las variables “Hábitos”, “Conocimientos”, “Valores”, “Creencias” y “Estrato socio económico” con la variable “Disposición de acudir a la pesquisa” y pruebas de Chi cuadrado para verificar la significancia estadística de las variables “lugar de residencia”, “nivel de instrucción”, “escala

¹³Blocker E. Deborah, Smith RomockiLahoma, Kamilah B. Thomas, Belinda L. Jones; Ethel Jean Jackson, LaVerneReid, Marci K. Campbell. Conocimientos, creencias y barreras asociadas a la prevención del cáncer de próstata y comportamientos de cribaje en hombres afroamericanos. *Journal of the National Medical Association* 2006 Agosto; 98(8): 1286-1295.



salarial” y “tipo de vivienda” con la variable “disposición a acudir a la pesquisa del cáncer de próstata”. Se encontró que 77 % de la población encuestada carece de hábitos de prevención. El grado de relación entre los “hábitos” y “disposición al examen” es bajo, directamente proporcional y significativo al 99% de confianza, si aumenta el hábito, tiende a aumentar la disposición. El grado de relación entre los “valores” y “disposición al examen” resultó media e inversamente proporcional y significativo al 99% de confianza, a mayor disposición al examen menor es la selectividad del género del médico. Las variables “hábitos y valores” están asociadas a la asistencia a la pesquisa. No fue posible concluir si el conocimiento, las creencias y el estrato socio - económico están asociadas a la asistencia a la pesquisa porque el coeficiente de correlación de estas variables fue no significativo. El “lugar de residencia” está asociado a la variable “Disposición”, los hombres que habitan en el Barrio Unión tienen menor disposición a realizarse el examen de próstata que los que viven en la urbanización. El estadístico Chi cuadrado entre estas variables es significativo. Se compararon los resultados con revisiones publicadas por otros países. Las recomendaciones más relevantes del estudio son: (1) realizar estudios comparativos en otros municipios, (2) Diseñar un plan integrado para disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de próstata, (3) Implementar campañas de promoción, (4) capacitación formal y sistemática de maestros y profesores, (5) Suministrar información a través de los medios de comunicación audio-visual¹⁴.

NODAL L. RAMÓN Y COL (2011) decidió analizar lo relacionado con la responsabilidad individual para detectar precozmente esa afección; por tanto, para determinar los factores que incidían en la baja percepción del riesgo, en los primeros meses de 2011 se encuestó acerca de ello a 48 hombres mayores de 50 años, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario “Frank País García” de Santiago de Cuba. Los resultados pusieron de manifiesto la imperiosa necesidad de

¹⁴Sánchez Regalado Aray Juana. Determinantes de la asistencia espontánea a la pesquisa del cáncer de próstata [tesis de grado profesional]. Venezuela: Universidad Simón Bolívar; 2007.



realizar acciones de promoción sanitaria y prevención de enfermedades, con vistas a lograr que el individuo se sienta cada vez más responsable del cuidado de su propia salud, puesto que 85,4 % de los integrantes de la casuística admitieron no haberse sometido a exámenes para garantizar el diagnóstico temprano de ese tipo de tumor o descartar su presencia¹⁵.

ARIAS N. Y COL (2008) dio a conocer que en Latinoamérica, cada año muere casi medio millón de personas víctimas del cáncer y se estima que la cifra se duplicará hacia 2020. Según la OPS la tendencia para 2030 es de 17 millones de muertos por cáncer, 27 millones de nuevos casos y unos 75 millones de personas con la enfermedad. En el Boletín N° 126 del Ministerio de Salud de la Nación, publicado en el año 2008, las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio (ESC) en varones es la principal causa de muerte con el 28,1% (el 96,2% ocurre en varones mayores a 45 años) seguido por los tumores malignos (TM) con el 19,2%. La mortalidad proporcional en varones de la Provincia de Tucumán corresponde en primer lugar a ESC con un 20% seguido por los TM con el 16,3%, siendo la principal causa el CP con 135 muertes. El CP es una enfermedad maligna ignorada, por ello ha sido ampliamente reconocida la importancia del diagnóstico temprano, pues con el mismo se aumenta la supervivencia y la calidad de vida de los enfermos en lo que definitivamente influye el conocimiento de los hombres de las cuestiones generales inherentes a este tipo de patología. El objetivo de este trabajo fue conocer la percepción que tiene la población masculina acerca de esta problemática a partir de una entrevista realizada a varones de una población periurbana (PPU) y una población rural (PR) para implementar acciones que lleven a una mayor participación en programas de detección precoz. Se realizó un estudio observacional, de corte transversal basada en una encuesta elaborada ad-hoc en talleres de trabajo con participación de alumnos de la Facultad de Medicina y Bioquímica y docentes de

¹⁵Ramón Lemay Nodal Laugart, Maricel Rodríguez Ardí, Iser Tamayo Tamayo y Alexi Domínguez Fabars. Nodal L. Responsabilidad individual en la detección temprana del cáncer de próstata. MEDISAN 2011; 15(7):958



ambas Facultades. Se entrevistaron 257 varones de PR (edad: 59,2 + 10 años) y 144 varones de PPU (edad: 62,1 + 8,7 años). Se realizó el procesamiento de los datos y se calculó los porcentajes para las siguientes variables: 1) Grado de Instrucción: en la PR y PPU el 79% y 66% tenían estudios primarios completos e incompletos y el 11,3% y 27,4% de los entrevistados tenían estudios secundarios completos e incompletos respectivamente. 2) Respecto al nivel de conocimiento de la glándula prostática y las patologías relacionadas, los varones de la PR Y PPU contestaron desconocer si la próstata es un órgano masculino o femenino en un 32,3% y 29,2%; tener alguna información acerca del CP en un 64,6% y 74,3%; y de los estudios que deben realizarse para diagnosticar la enfermedad de la próstata en un 69% y 74,3% respectivamente. 3) Con relación a los sentimientos generados si el entrevistado tuviera CP el 41,6% y 43%, o que un familiar de él lo padeciera el 36,2% y 44,4% de la PR y PPU contestaron que les generaría una sensación de miedo. 4) Ante la posibilidad de que podría tener un CP el 87,9% y 93% de la PR y PPU consultarían con un médico y se realizarían los estudios el 86% y 90,3%. 5) La PR y PPU entrevistadas se habían realizado un control urológico en el 26,8% y 45,1% respectivamente. Si bien se pueden percibir diferencias en el nivel de instrucción de PR respecto de PPU, el grado de conocimiento, los sentimientos generados y la actitud frente a la posibilidad de padecer un CP son similares. Sin embargo se observó que la PPU podría tener más posibilidades de acceder al sistema de salud para realizar un control urológico que la PR, la cual tiene NBI mayores y además corresponde a una población dispersa¹⁶.

FERNANDES L. DENISSE Y COL (2010) tuvo como objetivo de este estudio dar a individuos masculinos conocimientos acerca de aspectos globales de la salud y

¹⁶Arias NN, Soria AG, Tefaha LM, Guber RS, Sandoval NG, Mónaco ML. Percepción del cáncer de próstata en hombres de una población vulnerable de la provincia de Tucumán. Argentina, 2008. Disponible en: <http://www.unl.edu.ar/iberoextension/dvd/archivos/posters/mesa3/resumen/percepcion-del-cancer-de-pro.pdf>



verificar si el programa de educación en salud trajo ventajas y cambios a sus vidas. Es un estudio prospectivo con un acercamiento cualitativo-cuantitativo. Seis conferencias en dos compañías han sido ejecutadas, con la participación de 25 colaboradores masculinos. En la primera y la última, aplicamos el mismo cuestionario con 15 preguntas de múltiple opción. En un segundo momento, se ha agregado una pregunta abierta cuyas respuestas fueran analizadas bajo la perspectiva del discurso del sujeto colectivo (DSC). La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (proceso n.60/08). La edad de los sujetos fue 18-49 años; 36% habían terminado la enseñanza secundaria. Observamos que en lo referente a hábitos de salud y de vida, la intervención de las conferencias no ha producido cambios significativos. Sin embargo, el nivel de conocimiento sobre la hipertensión, la diabetes, el cáncer de próstata y accidentes vascular-encefálicos presentó una mejora significativa. Uno concluyó que la estrategia de educación en la salud de hombres tuvo un impacto positivo en el conocimiento de las enfermedades. El análisis según el DSC demostró un mayor conocimiento en la importancia de la prevención y la adopción de hábitos de vida saludables. Esto demuestra la necesidad de más acciones dirigidas a este grupo, que no es contemplado adecuadamente por las políticas sanitarias públicas, como lo prueba la literatura¹⁷.

EDWARDS QT Y COL. (2002) identificó, describió, clasificó, y diferenció a los hombres afro-americanos (AAM) dentro del servicio militar de acuerdo a la frecuencia con que realizan con regularidad, con frecuencia, o no la detección del cáncer de la próstata utilizando factores del Modelo de Creencias de Salud. Los participantes en el estudio incluyeron 147 militares beneficiarios de salud mayores de 40 años de edad. Los Cuestionarios fueron utilizados para recopilar datos sobre los objetivos. Los resultados revelaron que el 85% de los hombres informaron de que se habían proyectado para el cáncer de la próstata y más del 54% de ellos informó

¹⁷FernandesLeite Denisse, IracemaMariaGonçalves Ferreira, Marta Solange de Souza, Vanessa Silva Nunes Paulo Roberto de Castro. Influencia de un programa de educación en la salud del hombre. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010; 34(1):50-56.



proyección "anualmente." Los Análisis estadísticos mostraron asociación que la edad, la educación, y la "percepción de los beneficios" del examen digital rectal y el antígeno específico de la próstata son mejor diferenciadas por los AAM que se controlan al año en comparación con los que no se controlaron. Educar a la AAM en los beneficios y la eficacia del examen digital rectal y antígeno específico de la próstata puede ser de ayuda en el aumento de las prácticas en este grupo de alto riesgo¹⁸.

DEWITT MOORE Y BOYLE (2002) describió los conocimientos básicos, las amenazas percibidas, beneficios, barreras y auto-eficacia del cribado del cáncer de próstata. El Modelo de Creencias de Salud (MCS) fue el marco teórico que guió este estudio. En este estudio se utilizó un muestreo por conveniencia de 234 varones en el Área de la Capital Nacional. Un cuestionario de 58 ítems EPPS (Edwards ProstateCancerPerceptionScreeningInstrument) fue distribuido a todos los participantes interesados. El estudio utilizó tanto la estadística inferencial y descriptiva para informar los hallazgos. La mayoría (93%) de los participantes estaban muy bien informados sobre el cáncer de próstata y cribado del cáncer de próstata según lo indicado por altas puntuaciones en las escalas de conocimiento. Sin embargo, la mayoría de la población de estudio parecía no estar seguro de cuándo iniciar la detección del cáncer de próstata. Todos los conceptos de la Modelo de Creencias de Salud (supuestas amenazas, beneficios, barreras y autoeficacia) parecen afectar los patrones de selección, indicado por las altas puntuaciones medias en las escalas de percepción. La mayoría (89%) de los participantes confían en su médico. También informaron que la mayor parte de obtención de la información acerca de su cuidado de la salud fue por su médico. Dos tercios de los participantes reportaron cribado anual de próstata cáncer. Se observaron

¹⁸Edwards QT, Johnson CG, Mason S, Boyle G. Differentiation of the health behavior patterns related to prostate cancer screening among African-American men in military settings. *Mil Med.* 2002 May;167(5):374-8.



diferencias significativas en el patrón de detección entre caucásicos y afroamericanos ($p = .001$). Al contrario de estudios anteriores, este estudio encontró que los hombres afroamericanos se realizan la detección de cáncer de próstata con más frecuencia que los varones de raza blanca. La información obtenida en este estudio puede ser útil para orientar a los investigadores en el desarrollo de programas educativos para ayudar a la población en participar en programas de prevención¹⁹.

¹⁹Angelo Dewitt Moore; Gerald Boyle.Evaluación del conocimiento, autoeficacia y comportamientos de salud de hombres beneficiarios asignados al AreaCapita Nacional con respecto a la participación de prevención de cáncer de próstata.[tesis de maestría]. USA: UniformedServicesUniversity of theHealthSciences, 2002.



2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 CÁNCER DE PRÓSTATA

2.2.3.1 DEFINICIÓN

El cáncer de próstata es el crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio glandular que tiene capacidad de diseminarse²⁰.

2.2.3.2 FACTORES DE RIESGO

Los factores que determinan el riesgo de desarrollar un Cáncer de Próstata clínico no se conocen con precisión, aunque se han identificado tres factores de riesgo bien definidos: edad avanzada, etnia y factores hereditarios.

Existe poca relación entre cáncer prostático y carcinógenos industriales, tabaquismo, uso de alcohol, patrón de enfermedades, circuncisión; en forma similar, no se ha demostrado relación entre la aparición de hiperplasia prostática benigna y cáncer prostático.

Un factor clave es el factor hormonal, se relaciona claramente con la presencia de testículos funcionales; los eunucos no tienen cáncer de próstata.

La presencia de receptores esteroides en las células tumorales y la respuesta positiva a la supresión de los andrógenos así como

²⁰Prevención y Detección Temprana del Cáncer de Próstata en el Primer Nivel de Atención México: Secretaría de Salud; 2008. Disponible en: http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/SSA_021_08_CANCER_PROSTATA/SSA_021_08_EyR.pdf

los altos niveles de Dihidrotestosterona en las células cancerosas, apoyan la hipótesis hormonal.

2.2.3.2.1 Factores ambientales y alimenticios

Existe una diferencia notable en la incidencia del cáncer entre el mundo Oriental y Occidental, atribuibles entre otros factores a la ingesta de grasas en la dieta.

Un ejemplo lo constituyen los chinos, que de una incidencia de 0.8 por 100 000 habitantes en su vida nativa, pasan a tener tasas de 18.6 cuando se integran a la civilización occidental, pero no llegan al 44.5 de la población caucásica. La raza negra en EE.UU. tiene la mayor tasa de incidencia con 100.2 por 100 000 habitantes. Otro factor de riesgo alimenticio son: la vitamina A, oligoelementos como el Zinc, Cadmio y Selenio que se han considerado como carcinogénicos en estudios experimentales.

2.2.3.2.2 Factores genéticos

Si un familiar de primer grado tiene la enfermedad, como mínimo el riesgo se duplica. Si dos o más familiares de primer grado están afectados el riesgo se incrementa entre 5 y 11 veces²¹. Aproximadamente el 9% de los individuos con CP padece de CP hereditario genuino, definido como tres o más familiares afectados

²¹Steinberg GD, Carter BS, Beaty TH, Childs B, Walsh PC. Family history and the risk of prostate cancer. *Prostate* 1990;17(4):337-47.

o como mínimo dos familiares que hayan desarrollado precozmente la enfermedad (es decir <55 años).

El modelo hereditario sería el de un gen autosómico dominante con una penetración del 88% a los 85 años. Los genes supresores tumorales estarían localizados en 10q y 16q principalmente.

2.2.3.2.3 Enfermedades de transmisión sexual

El antecedente de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en casos de enfermos con cáncer de próstata es mayor en relación con casos controles. Algunos autores han encontrado partículas pseudo virales en el tejido prostático maligno como el Herpes virus 2 y Citomegalovirus (CMV).

2.2.3.2.4 Factor protector

La mayor producción de vitamina D ante la exposición a la radiación solar parece tener un efecto protector. Se ha visto que el aceite de soya es un protector ya que se transforma en un estrógeno débil²².

2.2.3.3 CLASIFICACIÓN

La clasificación TNM (Tumor-Ganglios-Metástasis) de 2009 del Cáncer de próstata se presenta en la siguiente tabla:

²² Programa de Acción: **Cáncer de Próstata**. Secretaria de salud Primera Edición, 2001. http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_3/cancer_prostata.pdf

Tabla N°1: Clasificación TNM (Tumor – Ganglios – Metástasis) del Cáncer de Próstata²³.

T - Tumor primario	
TX	No se puede evaluar el tumor primario
T0	Ausencia de datos de tumor primario
T1	Tumor clínicamente inaparente no palpable ni visible en las pruebas de imagen
T1a	El tumor es un hallazgo histológico fortuito en el 5 % o menos del tejido reseado
T1b	El tumor es un hallazgo histológico fortuito en más del 5 % del tejido reseado
T1c	Tumor identificado en una biopsia por punción (por ejemplo, debido a una concentración elevada de antígeno prostático específico [PSA])
T2	Tumor limitado a la próstata ¹
T2a	El tumor afecta a la mitad de un lóbulo o menos
T2b	El tumor afecta a más de la mitad de un lóbulo, pero no a los dos lóbulos
T2c	El tumor afecta a los dos lóbulos
T3	El tumor se extiende a través de la cápsula prostática ²
T3a	Extensión extracapsular (uni o bilateral), incluida la afectación microscópica del cuello de la vejiga
T3b	El tumor invade una o ambas vesículas seminales
T4	El tumor está fijo o invade estructuras adyacentes distintas de las vesículas seminales: esfínter externo, recto, músculos elevadores o pared de la pelvis
N - Ganglios linfáticos regionales³	
NX	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales
N0	Ausencia de metástasis ganglionares regionales
N1	Metástasis ganglionares regionales
M - Metástasis a distancia⁴	
MX	No se pueden evaluar las metástasis a distancia
M0	Ausencia de metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia
M1a	Ganglios linfáticos no regionales
M1b	Huesos
M1c	Otros focos

¹ Un tumor hallado en uno o ambos lóbulos mediante una biopsia por punción, pero que no es palpable ni visible en las pruebas de imagen, se clasifica como T1c.

² La invasión del vértice de la próstata, o de la cápsula prostática (pero sin sobrepasarla), no se clasifica como pT3, sino como pT2.

³ Las metástasis no mayores de 0,2 cm pueden designarse pN1 mi.

⁴ Cuando exista más de un foco de metástasis, debe utilizarse la categoría más avanzada.

²³Sobin LH, Gospodariwicz M, Wittekind C. TNM classification of malignant tumors. UICC International Union Against Cancer. 7th edition. Wiley-Blackwell, 2009 Dec; pp. 243-248. Disponible en: <http://www.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-0471222887.html>



2.2.3.2.1 PUNTUACIÓN DE GLEASON

La puntuación de Gleason es el sistema más utilizado para graduar el adenocarcinoma de próstata. Sólo puede evaluarse en material de biopsia (biopsia con trocar o piezas quirúrgicas) y no deben utilizarse preparaciones citológicas. La puntuación de Gleason es la suma de los dos patrones más frecuentes (grado 1-5) de crecimiento tumoral observados y oscila entre 2 y 10, siendo 2 el menos agresivo y 10 el más agresivo. En la biopsia por punción, se recomienda incluir siempre el peor grado, aunque se encuentre en < 5 % del material de biopsia²⁴.

2.2.3.4 DETECCIÓN Y CRIBAJE PRECOZ

La detección temprana se refiere a las pruebas que se realizan para encontrar una enfermedad, como el cáncer, en personas que no presentan síntomas de esa enfermedad.

Frecuentemente se puede encontrar el cáncer de próstata en sus etapas tempranas mediante el análisis de la cantidad de PSA o antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA) en la sangre de un hombre. Otra Manera de detectar el cáncer de próstata tempranamente es a través de un examen digital del recto (digital rectal exam, DRE) realizado por el médico.

²⁴Gleason DF, Mellinger GT. Prediction of prognosis for prostatic adenocarcinoma by combined histological grading and clinical staging. J Urol 1974 Jan;111(1):58-64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4813554>



Si se encuentra cáncer dePróstata como resultado de una de estas pruebas, probablemente su cáncer se encuentre en una etapa inicial que es más tratable.

2.2.3.5 RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD AMERICANA CONTRA EL CÁNCER

La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que los hombres dialoguen con sus médicos para tomar una decisión fundada sobre si deben o no hacerse las pruebas de detección temprana para el cáncer de próstata. Primero deben obtener información sobre lo que se conoce y lo que se desconoce sobre los riesgos y los posibles beneficios de las pruebas de detección del cáncer de próstata. Los hombres no deben hacerse las pruebas a menos que hayan recibido esta información.

La conversación con el médico debe llevarse a cabo a la edad de 50 años en los hombres que están en riesgo promedio de cáncer de próstata.

La Sociedad Americana de Cáncer (ACS) y la Asociación Americana de Urología (AUA) recomiendan que los hombres con factores de riesgo alto para cáncer de próstata, como son historia familiar y raza negra, comiencen una detección temprana (APE y TR) antes de los 50 años. La AUA recomienda que sea a los 40 años, mientras que la ACS recomienda a los 45 años.

Los hombres que quieran hacerse las pruebas de detección deben someterse a la prueba sanguínea de PSA. El examen digital del recto (DRE) también se puede hacer como parte de las pruebas de detección.



Si no se encuentra cáncer de próstata como resultado de pruebas de detección, el periodo de tiempo entre futuras pruebas depende de los resultados de la prueba sanguínea de PSA:

- Los hombres que tienen un PSA de menos de 2.5 ng/ml (vea información a continuación), puede que sólo necesiten someterse a otra prueba cada 2 años.
- Para los hombres con un nivel de PSA de 2.5 ng/ml o más, las pruebas se deben hacer cada año.

Debido a que el cáncer de próstata a menudo crece lentamente, las pruebas no se deben ofrecer a los hombres que no presenten síntomas de este cáncer y que probablemente no vivirán 10 años más, ya que es poco probable que éstos se beneficien de las pruebas²⁵.

2.2.3.6 DIAGNÓSTICO

Los principales instrumentos diagnósticos para obtener indicios de CaP son el tacto rectal, la concentración sérica de PSA y la ecografía transrectal (ETR). El diagnóstico definitivo se basa en la presencia de adenocarcinoma en muestras de biopsia de próstata o piezas quirúrgicas. El examen histopatológico también permite la gradación y determinación de la extensión del tumor.

²⁵Resumen de Cáncer de próstata. Sociedad Americana del Cáncer 2012. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003073-pdf.pdf>



2.2.3.6.1 Tacto Rectal

La mayor parte de los Cáncer de próstata se localizan en la zona periférica de la próstata y pueden detectarse mediante TR cuando el volumen es de unos 0,2 ml o mayor. Un TR sospechoso es una indicación absoluta de biopsia de próstata. En aproximadamente el 18 % de todos los pacientes se detecta un CaP a partir de un TR sospechoso aislado, con independencia de la concentración de PSA (grado de comprobación científica: 2a). Un TR sospechoso en pacientes con un valor de PSA de hasta 2 ng/ ml tiene un valor predictivo positivo del 5%-30 % (grado de comprobación científica: 2a)²⁶.

2.2.3.6.2 Antígeno Prostático Específico (PSA)

La determinación de la concentración de PSA ha revolucionado el diagnóstico del Cáncer de Próstata. Es el examen más importante, es una glicoproteína que sólo se produce en la próstata por glándulas y conductos y su función es la licuefacción del coagulo seminal, permite detectar precozmente el cáncer. A efectos prácticos, tiene especificidad de órgano, pero no de cáncer. Por tanto, las concentraciones séricas pueden aumentar en presencia de hipertrofia benigna de próstata (HBP), prostatitis y otras enfermedades no malignas. El valor de PSA como

²⁶Richie JP, Catalona WJ, Ahmann FR, Hudson MA, Scardino PT, Flanigan RC, deKernion JB, Ratliff TL, Kavoussi LR, Dalkin BL. Effect of patient age on early detection of prostate cancer with serum prostate-specific antigen and digital rectal examination. *Urology* 1993 Oct;42(4):365-74. (level of evidence: 2a) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7692657>



variable independiente es un mejor factor predictivo de cáncer que los hallazgos sospechosos en el TR o la ETR. Hay muchos equipos diferentes de análisis comercial para determinar el PSA, pero no existen valores de referencia internacionales aceptados de forma generalizada. La concentración de PSA es un parámetro continuo: cuanto mayor es el valor, más probabilidades hay de que exista un CaP (tabla 2). Esto significa que no hay un valor umbral o límite superior aceptado de forma universal. El hallazgo de que muchos varones pueden tener un Cáncer de Próstata, a pesar de presentar concentraciones bajas de

PSA, ha sido subrayado por los resultados recientes de un estudio de prevención estadounidense (grado de comprobación científica: 2a). En la tabla se presenta la tasa de Cáncer de Próstata en relación con el PSA sérico en 2.950 varones del grupo placebo y con valores normales de PSA.

Tabla N° 2: Riesgo de cáncer de próstata en relación con unos valores bajos de PSA²⁷

²⁷Thompson IM, Pauler DK, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Parnes HL, Minasian LM, Ford LG, Lippman SM, Crawford ED, Crowley JJ, Coltman CA Jr. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level < or =4.0 ng per milliliter. N Engl J Med 2004 May 27;350(22):2239-46. (level of evidence: 2a) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15163773>



Concentración de PSA (ng/ml)	Riesgo de CaP
0-0,5	6,6 %
0,6-1	10,1 %
1,1-2	17,0 %
2,1-3	23,9 %
3,1-4	26,9 %
PSA = antígeno prostático específico.	

Es importante saber que un gramo de adenoma prostático produce 0.3 ng/ml (nanogramos) de antígeno, mientras que un gramo de cáncer produce 3 ng/ml de antígeno. El valor normal de antígeno prostático va de 0 a 4 ng/ml. En clínica es importante, además de reconocer un valor absoluto anormalmente alto, pedir exámenes seriados para cuantificar la velocidad de crecimiento anual. Dado que se considera anormal un aumento de más de 1 ng/ml por año y, en este caso, también es imperioso estudiar a este paciente. Existe una fracción de antígeno prostático libre que permite distinguir si el aumento del antígeno es debido a un adenoma o a un cáncer. Si el porcentaje de antígeno libre es superior a un 25% lo más probable es que sea un adenoma, en cambio si es menor a 10% en general es un cáncer; este examen permite realizar menos biopsias. Si encontramos un antígeno prostático >50ng/ml es cáncer con metástasis a distancia. Se ha visto que un antígeno prostático elevado con una próstata chica tiene peor pronóstico.

El examen digital rectal no presenta un efecto importante sobre el nivel de PSA, pero la eyaculación puede causar una elevación transitoria menor de 1ng/dl. Por lo



que presenta muchos falsos positivos con respecto a la detección del cáncer de próstata.

La biopsia de próstata se considera como "el estándar de oro" pero generalmente se realiza luego de constatar anomalías en el tacto rectal o elevación del PSA, por lo que la sensibilidad del método está sobrestimada.

Para la detección del cáncer de próstata, se ha determinado que el valor de corte del PSA es de 4.0 ng/dl. Con este valor la sensibilidad y especificidad del método varía según la edad y los factores de riesgo como raza negra e historia familiar de cáncer de próstata. Se ha determinado que en hombres con examen rectal normal y de acuerdo a los niveles de PSA, la probabilidad de presentar cáncer es de 12-23% con PSA de 2.5-4.0 ng/dl; 25% con PSA de 4.1-10.0 ng/dl; y >50% con PSA >10 ng/dl. Con base en estos datos, se debe tener la precaución de informar correctamente al paciente debido a que si presenta PSA >4.0 ng/dl y biopsia negativa, puede conducir a un estado de ansiedad crónica. Debido a la baja especificidad de la determinación de PSA, se ha intentado combinar con el resultado de la medición del volumen y densidad prostática (especialmente zona de transición) por ultrasonografía, siendo útil por las dificultades técnicas y logísticas. También se ha propuesto utilizar rangos según la edad, pero ha sido criticado debido a que también se tiene que tener en cuenta en valores bajos la variación anual (variación >0.75 ng/dl es sugestivo de cáncer prostático). Se sugiere realizar determinaciones anuales de PSA, pero debido al crecimiento lento del



cáncer de próstata podría hacerse a intervalos de 2 años. Presenta beneficios sólo cuando se lo realiza desde los 40-45 años de edad y hasta los 75 años, o hasta los 65 años si presentó determinación persistentemente bajas (entre 0.5 y 1.0 ng/dl). Existen diferencias entre las recomendaciones entre las diferentes sociedades científicas sobre el beneficio del tamizaje del cáncer de próstata, pero en general se asume que el PSA detecta en forma temprana el cáncer de próstata en la mayoría de los casos, aunque no existan grandes estudios, bien diseñados y aleatorizados que lo avalen¹⁹.

2.2.3.6.3 Ecografía Transrectal (ETR)

Las diferentes texturas ecográficas permiten clasificar las lesiones en hipoecógenas e hiperecógenas con relación al parénquima prostático normal. La gran mayoría de los nódulos tumorales son lesiones hipoecógenas pero sólo el 50% de los nódulos observados como hipoecógenos son cáncer. No siempre se observa el cuadro clásico de un área hipoecoica en la zona periférica de la próstata. La ETR en escala de grises no detecta áreas de Cáncer de Próstata con una fiabilidad adecuada.

La utilidad principal de la ecografía es la posibilidad de realizar biopsias dirigidas de las áreas sospechosas.

2.2.3.6.4 Biopsia de Próstata



El tejido prostático hiperplásico o afectado de procesos inflamatorios puede inducir a falsos positivos, por ello se han introducido nuevas valoraciones del PSA: la densidad del PSA que es el volumen prostático ecográfico/valor del PSA (cuando es mayor de 0.15 se recomienda biopsia de próstata) y la velocidad del PSA o aumento anual del PSA mayor de 0.75 ng/ml, que haría igualmente aconsejable la biopsia.

Ahora se considera que la norma asistencial es la práctica de biopsias de próstata guiadas por ecografía. Aunque se utiliza un abordaje transrectal en la mayoría de las biopsias de próstata, algunos urólogos prefieren emplear un acceso perineal. Las tasas de detección de cáncer en biopsias de próstata perineales son equivalentes a las obtenidas mediante biopsia transrectal (grado de comprobación científica: 1b).

La BTE, o la biopsia transperineal dirigida lateralmente con aguja gruesa de calibre 18 G, se ha convertido en el método estándar para la obtención de material para exámenes histopatológicos. La necesidad de biopsias de próstata debería determinarse basándose en el nivel de PSA y un tacto rectal que haga sospechar de la presencia de cáncer. La edad biológica del paciente, las posibles comorbilidades y las consecuencias terapéuticas también deberían tenerse en cuenta. El primer nivel elevado de PSA no debería suponer biopsia inmediata, pero debería verificarse tras un par de semanas mediante el mismo ensayo bajo condiciones estándar, excepto en el caso de



valores de PSA elevados > 20 ng/ml; una vez excluida la prostatitis²⁸.

La única manera de determinar si una masa sospechosa en la próstata corresponde a un cáncer es examinar a través del microscopio una muestra de tejido tomada del área. Esta muestra puede extraerse con una aguja colocada directamente en la próstata a través del recto o del perineo. Este procedimiento se llama punción - aspiración con aguja fina (PAAF) o biopsia por aspiración²⁹. Con un volumen glandular de 30-40 ml deberían tomarse al menos 8 muestras. Más de 12 muestras no resultarán más significativas (nivel de evidencia: 1a). Las quinolonas orales o intravenosas son antibióticos preventivos novedosos como la ciprofloxacina, que es superior a la ofloxacina (nivel de evidencia: 1b). El bloqueo peri prostáticoeco dirigido es un método novedoso (nivel de evidencia: 1b).

Tabla N°3: Porcentaje por sesión de biopsia, con independencia del número de cilindros de biopsia³⁰

²⁸Hara R, Jo Y, Fujii T, Kondo N, Yokoyoma T, Miyaji Y, et al. Optimal approach for prostate cancer detection as initial biopsy: prospective randomized study comparing transperineal versus transrectal systematic 12-core biopsy. *Urology*. 2008;71:191--5.

²⁹El Cáncer: Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Ministerio de la Protección Social Instituto Nacional de Cancerología. Colombia, 2004.

³⁰Thompson IM, Pauler DK, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Parnes HL, Minasian LM, Ford LG, Lippman SM, Crawford ED, Crowley JJ, Coltman CA Jr. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level < or =4.0 ng per milliliter. *N Engl J Med* 2004 May 27;350(22):2239-46. (level of evidence: 2a) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15163773>

Complicaciones	% de biopsias
Hematospermia	37,4
Hemorragia procedente de la uretra o vejiga urinaria (> 1 día)	14,5
Fiebre	0,8
Sepsis de origen urológico	0,3
Hemorragia rectal	2,2
Retención urinaria	0,2
Prostatitis	1,0
Epididimitis	0,7

* Adaptado de la guía clínica de consenso del NCCN, versión 1, 2007 (33).

2.2.3.6.5 Manifestaciones Clínicas

En su estadio inicial, es posible que el cáncer de próstata no produzca signos o síntomas. Cuando crece el tumor, pueden notarse ciertos signos de alarma entre los que se incluyen:

- Dificultar al comenzar o al terminar de orinar.
- Fuerza reducida del chorro de orina.
- Goteo al final de la micción
- Micción dolorosa o con ardor.
- Orinar poco y frecuentemente, especialmente por la noche.
- Eyaculación dolorosa.
- Hematuria
- Incapacidad para orinar
- Dolor continuo en la parte baja de la espalda, en la pelvis o en la zona superior de los muslos³¹.

2.2.3.6.6 Estadificación



Tabla N° 4: Orientaciones para la Estadificación del cáncer de próstata³¹.

³¹ A Heidenreich, J. Bellmunt, M. Bolla, S. Joniau, M. Mason, N. Mottet, H.P. Schmid, T. van der Kwast, T. Wiegely F. Zattoni. Guía de la EAU sobre el cáncer de próstata. Parte I: cribado, diagnóstico y tratamiento del cáncer clínicamente localizado. ActasUrol Esp. 2011; 35 (9): 501 – 514.

		Grado de recomendación
1	<p>La estadificación local (estadio T) del CP se basa en los hallazgos del tacto rectal y posiblemente la RM. Se proporciona más información a través del número y las zonas de biopsias de la próstata positivas, el grado del tumor y el nivel de APE sérico.</p> <p>A pesar de su alta especificidad en la evaluación de EEC y la invasión de las vesículas seminales, la BTE está limitada por la insuficiente resolución del contraste, lo que da como resultado una baja sensibilidad y la tendencia a clasificar el CP en un estadio inferior. Incluso con la llegada del doppler color y el power doppler para ayudar a identificar la vascularización tumoral, la precisión de la BTE en la estadificación local sigue siendo inadecuada. En comparación con el tacto rectal, la BTE y la TAC, la RM muestra una mayor precisión en cuanto a evaluación de enfermedad unilobular o bilobular (T2), EEC e invasión de las vesículas seminales (T3), así como invasión de estructuras adyacentes (T4). Sin embargo, la literatura muestra una amplia gama en cuanto a precisión en el estadio T por parte de la RM, del 50 al 92%. La incorporación de RM con contraste dinámico mejorado puede ser de utilidad en casos equívocos. La suma de ERM a la RM también aumenta la precisión y disminuye la variabilidad entre observadores en la evaluación de EEC^{33,34}.</p>	C
2	<p>El estado de los ganglios linfáticos (estadio N) sólo tiene trascendencia cuando se planifica un tratamiento potencialmente curativo. Los pacientes en el estadio T2 o inferior, APE < 10 ng/ml, grado de Gleason ≤ 6 y < 50% de muestras positivas tienen < 10% de probabilidades de presentar metástasis ganglionares, y pueden evitarse la evaluación de los ganglios.</p> <p>Dadas las significativas carencias del diagnóstico preoperatorio por imagen en la detección de metástasis pequeñas (< 5 mm), la disección de los ganglios linfáticos pélvicos sigue siendo el único método fiable de estadificación en el CP clínicamente localizado.</p> <p>Actualmente parece que sólo los métodos de detección histológica de metástasis en los ganglios linfáticos con alta sensibilidad, como la disección del ganglio linfático de Troisier o la disección de los ganglios linfáticos pélvicos extendida, son adecuados para la estadificación de los ganglios linfáticos en el CP.</p>	B C
3	<p>La metástasis ósea (estadio M) se evalúa mejor mediante gammagrafía ósea. Puede que esto no esté indicado en pacientes asintomáticos si el nivel de APE sérico es < 20 ng/ml en presencia de tumores bien diferenciados o diferenciados de forma moderada.</p> <p>En casos equívocos el PET con 18F-fluorodeoxiglucosa o el PET/TAC podrían resultar valiosas, especialmente para diferenciar las metástasis activas y los huesos en proceso de curación.</p>	B C

APE: antígeno prostático específico; BTE: biopsia transrectal ecodirigida; CP: cáncer de próstata; EEC: extensión extracapsular; ERM: espectroscopia por resonancia magnética; RM: resonancia magnética; TAC: tomografía axial computarizada; TEP: tomografía por emisión

2.2.3.5 TRATAMIENTO



El tratamiento terapéutico del CP, incluso en una enfermedad clínicamente localizada, ha aumentado cada vez más su complejidad debido a las diversas opciones terapéuticas disponibles específicas de cada estadio. Es recomendable:

a) Aconsejar a los pacientes con CP de bajo riesgo (PSA < 10 ng/ml, grado de Gleason 6 en biopsia y cT1c-cT2a) o CP de riesgo intermedio (PSA de 10,1-20 ng/ml, grado de Gleason 7 en biopsia o cT2b-c) en un entorno interdisciplinar con un urólogo y un radio-oncólogo.

b) Debatir opciones de tratamiento neoadyuvante y adyuvante en pacientes con CP de alto riesgo (PSA > 20 ng/ml, grado de Gleason 8-10 en biopsia o = cT3a) con miembros de una comisión multidisciplinar de evaluación de tumores

c) Documentar detalladamente qué orientaciones se utilizaron en el proceso de toma de decisiones si no fue posible utilizar un enfoque multidisciplinar.

2.2.3.5.1 SEGUIMIENTO ACTIVO

El seguimiento activo debe diferenciarse de la espera en observación o «watchful waiting» (WW). Esta última se basa en un tratamiento no curativo sintomático diferido en pacientes que no son candidatos para una terapia local agresiva, mientras que el primero debe considerarse como terapia adecuada para aquellos a los que también se les pueda



ofrecer un enfoque curativo. Los pacientes con CP de riesgo muy bajo no se someten a tratamiento inicialmente, pero sí a seguimiento y a tratamiento con intención curativa si durante el seguimiento se produce una progresión o existe una amenaza de posible progresión. El seguimiento activo se concibió con el objetivo de reducir el cociente de tratamiento excesivo en pacientes con CP de bajo riesgo clínicamente limitado demostrando que los varones con CP bien diferenciado tienen una tasa de supervivencia específica del CP a 20 años del 80-90%. Sólo están disponibles para su uso como evidencia para este enfoque los datos procedentes de ensayos clínicos aleatorios con un seguimiento activo < 10 años.

De acuerdo con datos recientes, los varones con CP de bajo riesgo y una esperanza de vida > 10 años son buenos candidatos para el seguimiento activo, y sólo un 30% de los varones requerirá una intervención radical diferida. Los varones con una esperanza de vida > 15 años tienen un mayor riesgo de fallecer por CP (nivel de evidencia: 3).

En distintas series se han identificado varios criterios de selección de posibles pacientes para un seguimiento activo³²:

1. CP clínicamente limitado (T1-T2).
2. Grado de Gleason = 6.

³²Klotz L. Active surveillance for prostate cancer: a review. *Curr Urol Rep.* 2010;11:165---71.



3. Tres o menos biopsias que indiquen la presencia de cáncer
4. = 50% de cada biopsia que indique la presencia de cáncer.
5. PSA < 10 ng/ml.

2.2.3.5.1 Prostatectomía Radical

La PR es el único tratamiento para el CP localizado que ha mostrado ventajas en cuanto a la supervivencia específica del cáncer³³.

La PR con conservación nerviosa representa la técnica de elección en todos los varones con una función eréctil normal y enfermedad limitada al órgano. La necesidad y extensión de la linfadenectomía pélvica son motivo de disputa. El riesgo de afectación ganglionar es bajo en varones con CP de bajo riesgo y < 50% de muestras con resultado positivo. En varones con CP de riesgo intermedio y alto siempre debería realizarse una linfadenectomía pélvica extendida.

El tratamiento del CP cT3 debe presentar ante todo un enfoque multimodal debido a la alta probabilidad de ganglios linfáticos positivos y/o márgenes de resección positivos.

El bloqueo hormonal neoadyuvante no ofrece una ventaja significativa en cuanto a tasa de supervivencia

³³Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. N Engl J Med. 2005;352:1977--84.

generalmente supervivencia sin progresión, por lo que no tiene ninguna función en cuanto a tratamiento quirúrgico del CP.

2.2.3.5.2 Radioterapia

La radioterapia conformada en tres dimensiones (RTC3D) es la norma, y la radioterapia de intensidad modulada (RIM), una forma optimizada de la RTC3D, se está utilizando cada vez más como radioterapia guiada por imágenes.

2.2.3.5.3 Braquiterapia transperineal

La Braquiterapia transperineal es una técnica segura y eficaz para el CP de bajo riesgo. Existe un consenso acerca de los siguientes criterios de selección:

1. Estadio cT1c-T2a N0, M0.
2. Grado de Gleason = 6 evaluado sobre un número suficiente de biopsias aleatorias.
3. Nivel inicial de PSA = 10 ng/ml.
4. = 50% de muestras que indiquen la presencia de cáncer.
5. Volumen prostático < 50 ml.
6. Un buen baremo internacional de síntomas prostáticos.

Algunas instituciones han publicado resultados sobre implantes permanentes con un seguimiento medio de

entre 36 y 120 meses. Se estableció una supervivencia sin recaídas a los 5 y 10 años entre el 71 y el 93%, y entre el 65 y el 85%, respectivamente. No se observan ventajas al añadir TPA neo adyuvante o adyuvante a Braquiterapia de baja dosis.

2.2.3.5.4 Tratamiento Hormonal

En 1941, Huggins y Hodges evaluaron el efecto favorable de la castración quirúrgica y la administración de estrógenos sobre la progresión del CaP metastásico. Demostraron por primera vez la respuesta del CaPa la privación androgénica.

Desde los estudios fundamentales de Huggins y Hodges, las estrategias que suprimen los andrógenos se han convertido en el pilar del tratamiento del CaP avanzado. Más recientemente, sin embargo, se ha producido un cambio a un uso cada vez mayor del tratamiento hormonal en varones jóvenes con enfermedad más precoz (es decir, no metastásica) o recidivante después de un tratamiento definitivo, ya sea como tratamiento en monoterapia primaria o como parte de una estrategia multimodal. Aun cuando el tratamiento hormonal palía eficazmente los síntomas de enfermedad avanzada, por ahora no hay pruebas concluyentes de que prolongue la vida.

Diferentes tipos de tratamiento hormonal

La privación androgénica puede lograrse mediante:

- Supresión de la secreción de andrógenos testiculares mediante castración quirúrgica o médica.
- Inhibición de la acción de los andrógenos circulantes a nivel de sus receptores en las células prostáticas con compuestos competidores que se denominan anti andrógenos.

Además, estos dos métodos de privación androgénica pueden combinarse para conseguir lo que normalmente se conoce como bloqueo androgénico completo o máximo o total (BAC)³⁴.

2.2.3.7 SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

Los pacientes a los que se diagnostica CP, sometidos a tratamiento local con intención curativa, suelen ser sometidos a un seguimiento de 10 años al menos, o hasta una edad tan avanzada que convierta el seguimiento en supérfluo. La determinación del PSA sérico, junto con una anamnesis específica de la enfermedad, pueden complementarse con un tacto rectal si se sospecha enfermedad localmente recurrente.

Tabla N° 5: Orientaciones para el seguimiento tras un tratamiento primario con intención curativa³⁴.

³⁴Huggins C, Stevens RE Jr, Hodges CV. Studies on prostate cancer. II. The effect of castration on advanced carcinoma of the prostate gland. ArchSurg 1941;43:209-23.

	Grado de recomendación
En pacientes asintomáticos, las pruebas recomendadas para un seguimiento rutinario son una anamnesis específica de la enfermedad y una medición de APE sérico, complementadas con un tacto rectal. Estas pruebas deberían realizarse a los 3, 6 y 12 meses del tratamiento; a continuación, cada 6 meses durante 3 años y, por último, anualmente.	B
Tras una PR un nivel de APE sérico > 0,2 ng/ml puede asociarse a una enfermedad residual o recurrente.	B
Tras una radioterapia un nivel de APE > 2 ng/ml en aumento por encima del nadir del APE en lugar de un valor de umbral específico es la señal más fiable de una enfermedad persistente o recurrente.	B
Tanto un ganglio palpable como un nivel de APE sérico en aumento pueden ser señales de recurrencia local de una enfermedad.	B
La detección de una recurrencia local mediante una BTE y una biopsia sólo se recomienda si afecta al plan de tratamiento. En la mayoría de los casos la BTE y la biopsia no son necesarias antes de una terapia de segunda línea.	B
Una metástasis puede detectarse mediante una TAC/RM pélvica o una gammagrafía ósea. En pacientes asintomáticos estos exámenes pueden omitirse si el nivel de APE sérico es < 20 ng/ml, pero los datos sobre este tema son escasos.	C
Las gammagrafías óseas y otros estudios de diagnóstico por imagen rutinarios no se recomiendan para pacientes asintomáticos. Si un paciente tiene dolor óseo, debe considerarse realizar una gammagrafía ósea independientemente del nivel de APE sérico.	B

APE: antígeno prostático específico; BTE: biopsia transrectal ecodirigida; PR: prostatectomía radical; RM: resonancia magnética; TAC: tomografía axial computerizada.

2.2.2 MODELO DE CREENCIAS EN SALUD

Teniendo en cuenta que la mayoría de causas prematuras de morbilidad y mortalidad son prevenibles y que muchas de ellas están relacionadas con el comportamiento y el estilo de vida de los individuos, uno de los



principales requerimientos para un marco referencial viable en el área de la prevención y promoción de la salud es ayudar a explicar cómo, por ejemplo, las personas construyen o modifican sus decisiones y acciones individuales, grupales o en masa³⁵.

El comportamiento o las prácticas individuales o colectivas es producto de la interacción de múltiples factores y variables. Aspectos políticos, sociales, económicos y ambientales afectan el comportamiento de la gente, lo que indica por qué las prácticas que afectan la salud no son explicables en la perspectiva de una única teoría o modelo conceptual. El uso de una teoría o un modelo ayuda, por ejemplo, a entender mejor la naturaleza de las necesidades, motivaciones y prácticas de las personas así como características y dinámica del contexto en que ocurren³⁶.

Así, aunque se reconozcan limitantes del modelo de creencias en salud (MCS), ampliamente descritas en la literatura, ya que no explican todos los determinantes del comportamiento en salud, las experiencias acumuladas en medio siglo de uso señalan su conveniencia para continuar dando respaldo teórico válido a investigaciones e intervenciones sobre prácticas preventivas o de protección en salud, que tienen como foco un comportamiento³⁷.

Divulgar los orígenes, la evolución histórica, los elementos que diferencian y constituyen ciertas teorías y modelos con implicaciones en salud y estimular el uso en la práctica de las variables o constructos que

³⁵Gustavo Cabrera A., Jorge Tascón G., Diego Lucumí C. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del Modelo. Publicado en la Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2001; 19(1): 91-101

³⁶Cabrera G. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2000;18(2):129-138.

³⁷Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion. Sydney: National Centre for Health Promotion; 1998.



los componen, es fundamental para mejorar la capacidad de personas y grupos profesionales con interés en el área a fin de formular ejercicios de investigación, generar conocimiento y planear e implementar acciones teóricamente fundadas³⁸.

Las teorías y los modelos son esenciales, entre otros fines, para definir y responder a preguntas válidas de investigación así como para definir objetivos e identificar grupos poblacionales o factores ecológicos susceptibles de ser intervenidos con el fin de mejorar la salud de individuos y poblaciones. El término ‘modelo’ se usa de diversas formas, con los más variados significados e implicaciones, incluso equivocadamente. Earp y Ennett señalaron tres formas principales de uso: como marco conceptual para organizar e integrar información, como sistema diagramático de medición y, como estructura conceptual desarrollada y aplicada para guiar la investigación y la práctica⁴¹.

Los modelos se derivan generalmente de la teoría, aunque también algunos se derivan de la confrontación empírica cotidiana y se presentan de múltiples formas: como descripciones verbales, como esquemas tridimensionales o como representaciones lógicas, visuales, abstractas o matemáticas, pero siempre para ofrecer una explicación de algo.

Un modelo es específicamente una formulación conceptual que incluye los elementos esenciales representativos de un aspecto de la realidad. Un buen modelo incorpora la esencia del constructo o variable de interés para lograr la representación simplificada de la realidad; simplicidad que

³⁸Coombes Y, McPherson K. Review of models of health-related behavior change. London: Health promotion sciences unit, London School of Hygiene and tropical medicine; 1996.



debe aportar claridad para explicar, predecir e intervenir el mundo y la realidad. Buenos modelos son analogías amplias y coherentes de los fenómenos, de los hechos, y señalan una serie de relaciones causales entre un grupo de variables mensurables u observables⁴⁴.

2.2.3.1 Orígenes del Modelo de Creencias en Salud

Es difícil trazar y describir totalmente el desarrollo histórico de una teoría o modelo, por las múltiples contribuciones que los originan y validan.

Han transcurrido cerca de cincuenta años desde la formulación de las bases conceptuales del MCS, considerado como el más influyente y aplicado al estudio e intervención de los comportamientos individuales con efectos en la salud. El comportamiento en salud y en enfermedad se han conocido históricamente como la actividad efectuada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo, con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad o, mejor aún, de detectarla en una etapa aún asintomática⁴¹.

El MCS se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen. Más tarde su aplicación se extendió a las respuestas de las personas a los síntomas y a su comportamiento en respuesta a enfermedades diagnosticadas, con énfasis en la adhesión a tratamientos médicos.



El modelo se construyó a partir del trabajo de múltiples autores y grupos sobre propuestas teóricas directamente referidas a la motivación y percepción del individuo, aunque se reconoce la fuerte influencia de las teorías de estímulo-respuesta y la teoría cognitiva, ampliamente dominantes durante los primeros cincuenta años del siglo XX.

El MCS relacionó por tanto teorías psicológicas de construcción o de toma de decisiones, para intentar explicar la acción humana frente a situaciones de elección de alternativas, de opción comportamental con implicaciones en la salud³⁹.

Se consolidó con la aplicación de diversas variables en investigaciones formuladas ante problemas reales experimentados por la sociedad norteamericana. Así fue como el soporte teórico-conceptual y la arquitectura básica del MCS se desarrollaron simultáneamente gracias a la solución de problemas y a la práctica de la salud pública.

Durante la década del 50, bajo la decidida colaboración de MayhewDerryberry, creador de la división de estudios de la conducta en la oficina de educación para la salud del servicio de salud pública en Estados Unidos de América, cuatro psicólogos sociales del servicio, GodfreyHochbaum, Stephen Kegeles, HughLeventhal e IrwinRosenstock, desarrollaron la arquitectura y descripción original del MCS. Uno de los puntos básicos de referencia del grupo de trabajo fueron los hallazgos de

³⁹Glanz K, Rimer B, Lewis F. Health behaviour and health education: theory, research and practice. 2nd ed. San Francisco: Jossey Bass; 1997.



Hochbaum, quien a comienzos de 1952 estudió más de 1.200 adultos en tres ciudades norteamericanas, valorando su "disposición" a someterse a rayos X, como parte de los programas oficiales de lucha contra la tuberculosis. Esta disposición era el producto de las creencias individuales de susceptibilidad a la enfermedad y los beneficios personales de su detección precoz, revelando el énfasis dado a las fuerzas que dirigían ese comportamiento más que a las que lo inhibían⁴⁰.

Rosenstock tenía argumentos favorables a la teoría de campos dinámicos de la personalidad de Lewin, sobre la motivación del comportamiento como el elemento básico del MCS. Lewin, sus colegas y seguidores plantearon, a manera de hipótesis, que el comportamiento dependía de dos dimensiones: el valor dado por el individuo a un resultado particular y la estimación del individuo de la probabilidad de que una acción determinada produjese cierto resultado¹⁰.

A partir de las bases de Lewin, se desarrollaron otros modelos predictivos para describir y explicar las acciones en situaciones que implicaban toma de riesgos o construcción de decisiones bajo situaciones de incertidumbre fueron desarrollados: el de concepto de refuerzo o aprendizaje social, el modelo de decisión de expectativas de utilidad subjetiva, el de análisis de desempeño del comportamiento, la teoría de motivación para la toma de riesgos, y el de análisis de toma de decisiones bajo incertidumbre. Sin

⁴⁰Hochbaum G. Health behavior: basic concepts. National center for health services research and development. Belmont, CA: Wadsworth publishing Co; 1970.

embargo, el modelo que se diseminó y validó universalmente fue el MCS⁴¹.

2.2.3.2 Constructos del Modelo de Creencias en Salud

A partir del temprano estudio de Hochbaum sobre disposición de las poblaciones para someterse a pruebas de tamizaje, múltiples e incontables investigaciones han ayudado a expandir y validar los constructos del modelo de creencias, tal como se conoce hoy⁴⁶. La más temprana caracterización del MCS, en la que sus conceptos fueron presentados a partir de las abstracciones teóricas fundamentales, se centra en que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Primero, que es *susceptible* de sufrirla. Segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una *severidad* moderada en su vida y, tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser *benéfico* al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las *barreras* psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva⁴².

La susceptibilidad consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada condición de salud (TBC, cáncer, caries dental) e incluye la aceptación de diagnósticos, la

⁴¹Prentice-Dunn S, Rogers R. Protection motivation theory and preventive health: beyond the health belief model. Health Education research: theory and practice 1986;1(3):15361.

⁴²Green L (editorial). The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs 1974;2(4):324-5.



valoración personal de nuevas susceptibilidades, entre otras. Proceso indispensable para que la persona tenga una percepción de susceptibilidad general es el haber escuchado o conocido acerca del riesgo de presentar el evento. Esta percepción puede estar influenciada por aspectos como el optimismo o el pesimismo y hacer que la gente sobrestime o subestime la frecuencia de la enfermedad⁴¹.

La severidad se relaciona con la percepción individual de cuán severa es la enfermedad o de su no-intervención o tratamiento cuando se presenta. En diversos estudios esta dimensión ha sido dividida en la severidad de la enfermedad en particular y la severidad de los efectos físicos, socioeconómicos y mentales que puede causar a la persona. Una explicación que se da al bajo impacto de la severidad en la predicción de cambios de comportamiento en relación con los otros constructos del modelo, ha sido atribuida al hecho que ésta sólo se establece en individuos que presentan alguna de las siguientes condiciones: son sintomáticos, presentan amenazas inminentes para su salud o son condiciones médicas frente a las que se tiene algún tipo de experiencia. Los autores originales del MCS, así como diversos estudios de aplicación del modelo, se refieren al concepto de *amenaza percibida* como la combinación de la percepción de susceptibilidad y severidad. Con respecto a pruebas de detección precoz de enfermedades, estas creencias parecían necesarias; sin embargo, un aspecto clave era que el individuo también debía

creer que él podría tener la enfermedad aun en la ausencia de síntomas de la misma⁴³.

Los constructos denominados *factores modificantes* (demográficos, psicosociales, estructurales) y el de las claves para la acción (consejos de familiares o amigos, campañas masivas, experiencias con la enfermedad) fueron identificados como indispensables para completar el modelo básico. Otras variables o constructos teóricos potenciales fueron descartados por la dificultad de aplicarlos, aunque otros —como el de autoeficacia— fueron asimilados y validados a lo largo del tiempo, de tal modo que desembocaron en la formulación de modelos y teorías específicas⁴⁴.

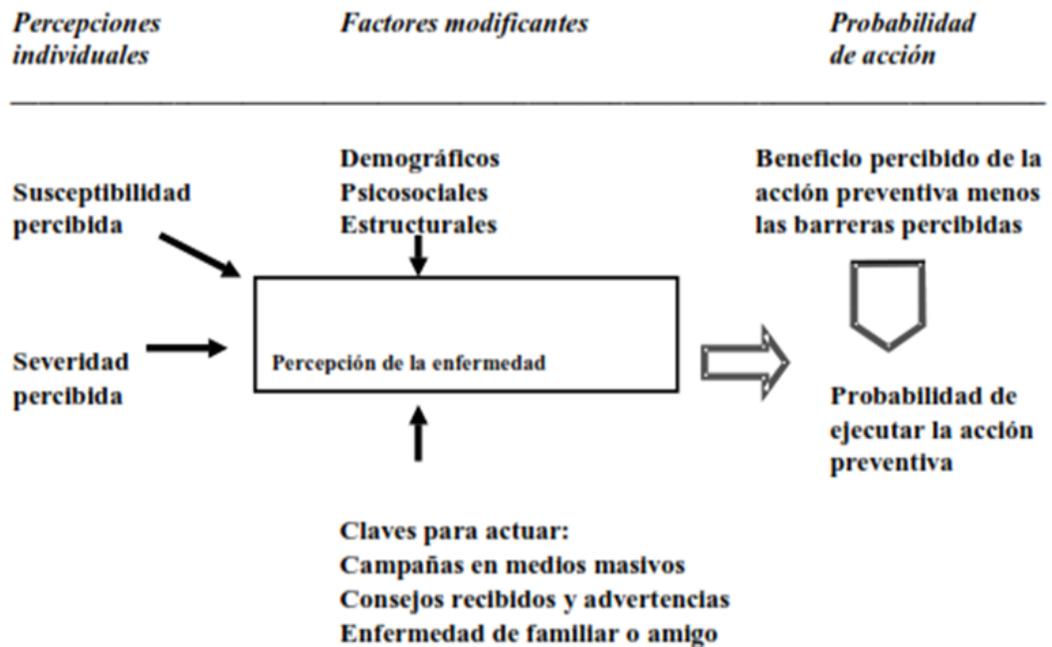
El MCS se consolidó en tres dimensiones: las percepciones individuales, los factores modificantes y la probabilidad de acción, tal como lo resume la siguiente figura:

Figura 1: El modelo de creencias en salud⁴⁵.

⁴³Rosenstock I. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* 1974;2(4):328-35.

⁴⁴Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review* 1977;84:191-215.

⁴⁵Becker M, (editor). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*. 1974; 2(4):234 -508.



2.2.3.3 Uso y aportes del Modelo de Creencias en Salud

En cincuenta años el MCS ha sido aplicado en múltiples investigaciones, en los más diversos lugares del mundo y sobre una amplia variedad de tópicos. Desde los trabajos originales de GodfreyHochbaum y de Irvin Rosenstock y colaboradores, acerca de la predicción de comportamientos preventivos para enfermedades como la tuberculosis, el eje de uso del modelo ha sido el estudio de patrones de creencias con efectos en comportamientos referidos a salud.

En los años 70 el MCS era ya sistemáticamente usado en diversos países para respaldar disertaciones de maestría y tesis de doctorado, así como en la formulación de investigaciones e



intervenciones en salud, educación en salud y ciencias aplicadas al comportamiento⁴⁵. En 1974 se presentó la primera compilación de evidencias respecto del uso del MCS en la práctica. Se describieron los orígenes, correlaciones teóricas y aplicaciones del modelo con relación a prácticas preventivas, así como sus aplicaciones en el comportamiento durante la enfermedad y el comportamiento de enfermos crónicos. Este trabajo monográfico tuvo como base un proyecto de 1971 desarrollado por la sección de sociología médica de la Asociación de Sociología Norteamericana. En este proyecto se propuso organizar elementos conceptuales, analíticos y de investigación del área de la sociología médica con implicaciones en la prevención y el mantenimiento de la salud, a partir de la comprensión de los patrones de comportamiento preventivo. Se realizó una exhaustiva revisión del conocimiento disponible y de las tecnologías existentes sobre modificación del comportamiento de pacientes y usuarios de los servicios, intentando generar modelos predictivos de las acciones preventivas, de utilización de los servicios y de adhesión a prescripciones terapéuticas.

Diez años más tarde, Janz y Becker presentaron la segunda gran compilación de reportes y análisis de estudios aplicativos del MCS. Se revisaron 46 estudios en los cuales los componentes del MCS fueron relacionados no sólo con comportamientos preventivos en salud, sino también con comportamientos durante la enfermedad (cumplimiento de regímenes médicos para hipertensión, diabetes y enfermedad renal terminal, por ejemplo), así como la utilización de servicios clínicos de la más variada naturaleza. Con relación a servicios preventivos, las



investigaciones se focalizaron en fenómenos tales comovacunación, tamizaje para la enfermedad de Tay-Sachs, autoexamen de los senos, y comportamientos sobre factores de riesgo, tales como dietas, ejercicios, tabaquismo y uso de cinturones de seguridad⁴⁶.

Para determinar el impacto de las variables del MCS sobre prescripciones preventivas, Janz y Becker construyeron una razón de significación para cada componente. La razón se formó dividiendo el número total de resultados positivos estadísticamente significantes por el número total de estudios que valoraron significación. De los 24 estudios correlacionales, las barreras tuvieron el impacto más frecuentemente reportado sobre el comportamiento (93%), seguidos por la susceptibilidad (86%), los beneficios (74%) y la severidad (50%). Por supuesto, estos resultados no señalan la magnitud del impacto de los constructos del MCS sobre los pasos preventivos tomados por los individuos. Más recientemente, Coombes y McPherson presentaron una exhaustiva revisión de modelos de cambio comportamental relacionados con la salud. Este trabajo incluyó la síntesis de diversos estudios en los que se aplicaron el modelo de creencias en salud, la teoría de la acción racional de comportamiento planeado, la teoría del aprendizaje socialcognitivo, el modelo transteórico del cambio, el modelo de locus de control y un ejercicio de comparación entre estos⁵².

⁴⁶Janz N, Becker M. The health belief model: a decade later. Health education Quarterly 1984;11:1-47.



Se presentó información de 23 estudios en los que se aplicó el MCS, además de cuarenta investigaciones contempladas en dos metanálisis previos, así como de dos ensayos controlados. Con base en su análisis, los autores citados señalan la clara división de opiniones acerca de la utilidad del modelo, por el limitado efecto predictivo, estrechamente relacionado con la calidad de los diseños de las investigaciones en las que ha sido usado, así como con la confiabilidad y la validez del cuestionario. Otra conclusión relevante se refiere a que el modelo ha sido capaz de demostrar varianzas en el comportamiento y aunque muestra limitaciones para describir el proceso mediante el cual esto ocurre, se tornan indispensables nuevas y sólidas propuestas de investigación sobre los efectos de cada dimensión. Sugerencias para el desarrollo futuro del MCS consisten en analizar las diferentes dimensiones y en medir el poder conjunto, más que concentrarse en la significación de los constructos individuales. Además, parece que el MCS puede beneficiarse de una expansión que incluya medidas de autoeficacia o la competencia para llevar a cabo un cambio, locus de control, así como la definición de objetivos más específicos en términos de grupos de población y tópicos de interés en salud⁴⁴.

2.2.4 PERCEPCIÓN

2.2.4.1 Conceptos



El término percepción fue adoptado principalmente por las disciplinas relacionadas con la conducta humana, y es utilizado para describir el proceso que ocurre cuando un evento físico es captado por los sentidos del ser humano y es procesado por el cerebro, donde se integra con anteriores experiencias, para darle un significado. Sin embargo, no se puede considerar a la percepción como un antecedente que se encuentra en la construcción mental de toda visión del mundo, sino como un producto sociocultural complejo y, por lo tanto, antes de ser un hecho aislado, en términos de sensaciones es en su totalidad una variedad de las características de la personalidad y de la conformación histórica de ésta última en relación a un determinado contexto ambiental, económico, político, social o cultural donde se plasma toda la vida humana.⁴⁷

2.2.4.2 Componentes de la percepción

- **Las sensaciones:** son la respuesta de los órganos sensoriales a los estímulos externos. La sensibilidad de los individuos a los estímulos depende de la capacidad receptiva y de la naturaleza del estímulo. Se han definido unos umbrales de recepción mínimos y máximos que delimitan el campo de la percepción del individuo.

⁴⁷ Vera A, Varela L, Macía F, 2010. El Estudio de la Percepción del Riesgo y Salud Ocupacional: Una Mirada desde los Paradigmas de Riesgo. CiencTrab. Ene-Mar; 12 (35): 243-250.



- **Inputs internos:** son los que caracterizan a cada persona y que cargan de distintos significados a los estímulos algunos de ellos son la necesidad motivación y experiencia.⁴⁸

2.2.4.3 Procesos de la percepción

- **Selección:** el individuo percibe parte de los estímulos que recibe de acuerdo con sus características personales es decir que interviene, aunque sea de forma inconsciente seleccionando los mensajes que le llegan. Generalmente los individuos perciben de forma distorsionada los mensajes captando solo los aspectos agradables o los que responden a sus necesidades e intereses.
- **Organización:** los estímulos seleccionados se organizan y se clasifican en la mente de individuo configurando un mensaje. La escuela de la Gestalt estableció unos principios de organización de los estímulos según el agrupamiento, contraste, ambigüedad, etc.
- **Interpretación:** Esta fase proporciona significación a los estímulos organizados. La interpretación depende de los factores internos de la persona, de su experiencia e interacción con el entorno.⁴¹

⁴⁸Gómez R. y col.(2010)“Percepción de riesgo sobre las sustancias psicoactivas en jóvenes, padres y docentes del CBU de Nivel Medio de la ciudad de Córdoba: un estudio comparativo”

“PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA Y SU
PREVENCIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNÁNUE DE TACNA EN EL AÑO 2013”



CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio descriptivo no hay hipótesis.

3.2 Operacionalización de las variables

Variables	Indicadores	Categorías/Índices	Escala de medición
EDAD	Instrumento de prevención del cáncer de próstata de Edwards	1. 45 -50 años 2. 51-55 años 3. 56-60 años 4. >60 años	Intervalo
OCUPACIÓN	Instrumento de prevención del cáncer de próstata de Edwards	1. Médico 2. Profesional no Médico 3. Técnico	Nominal
ESTADO CIVIL	Instrumento de prevención del cáncer de próstata de Edwards	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado/Separado 4. Conviviente 5. Viudo	Nominal
Conocimientos sobre el cáncer de próstata y su prevención	Conocimientos sobre: 1. Incidencia 2. Diagnóstico 3. Tratamiento 4. Pronóstico 5. Prevención	1. Muy malo 2. Regular 3. Bueno 4. Muy bueno	Nominal
Percepción sobre la prevención del cáncer de próstata	Percepción sobre: 1. Amenazas 2. Beneficios del Tacto rectal 3. Beneficios del PSA 4. Barreras 5. Autoeficacia	1. Mala 2. Indiferente 3. Buena	Nominal



CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

Por la naturaleza de la investigación, el diseño es de tipo observacional descriptivo prospectivo de corte transversal analítico.

4.2 Población y muestra.

a. Población

Comprendió al 100% del personal asistencial profesional y no profesional masculino mayor de 45 años que laboran en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna, entre ellos médicos, profesional no médico (odontólogos, psicólogos, farmacéuticos, terapistas y biólogos) y técnicos. Pero sólo el 86.7% de la población aceptó participar en la población, en total sumaron 130 varones mayores de 45 años que colaboró con el estudio. Hubo un porcentaje pequeño de aproximadamente 25 varones que se rehusaron a participar de nuestro estudio por incomodidad de las preguntas o del tema o por falta de tiempo, según nos refirieron.

4.3 **Ámbito de estudio:**

El Hospital “Hipólito Unánue” fue el lugar de estudio donde se encuestó a su personal asistencial. Este hospital es un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud de Tacna y tiene como domicilio legal en la ciudad de Tacna, calle Blondell s/n.

El Hospital, cuya característica es de mediana complejidad en la Atención de Salud, cuenta con los siguientes servicios:

1. Departamento de Consulta Externa y Hospitalización
2. Departamento de Medicina
 - Servicio de Medicina Interna
 - Servicio de Medicina Especializada
 - Servicio de Psiquiatría
 - Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
1. Departamento de Cirugía
 - Servicio de Cirugía General
 - Servicio de Cirugía Especializada
 - Servicio de Cirugía Infantil, Quemados y Malformados
2. Departamento de Pediatría
 - Servicio de Pediatría
 - Servicio de Neonatología
5. Departamento de Gineco-Obstetricia
 - Servicio de Ginecología
 - Servicio de Obstetricia
 - Servicio de Obstetrices
6. Departamento de Odontología

7. Departamento de Enfermería

- Servicio de Enfermería en Consulta Externa
- Servicio de Enfermería en Hospitalización y Cuidados Críticos
- Servicio de Central de Esterilización

8. Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

- Servicio de Emergencia
- Servicio de Cuidados Críticos

9. Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico

10. Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

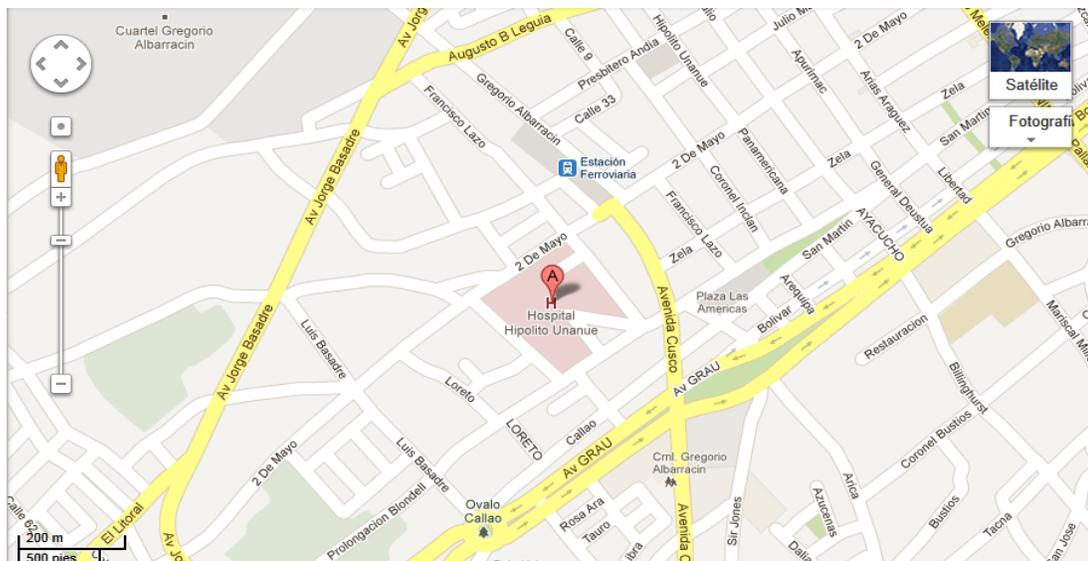
- Servicio de Patología Clínica
- Servicio de Anatomía Patológica
- Servicio de Banco de Sangre

11. Departamento de Diagnóstico por Imágenes

12. Departamento de Farmacia

13. Departamento de Nutrición y Dietética

14. Departamento de Servicio Social





4.3.1 Criterios de Inclusión

- a. Varones mayores de 45 años que laboran en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna del 2013.
- b. Varones de profesión médica, profesión no médica y técnica que trabajan en el hospital Hipólito Unánue y acepten voluntariamente la encuesta.

4.3.2 Criterios de Exclusión

- a. Hombres menores de 45 años, ya que no constituyen grupos prioritarios para la detección precoz para este tipo de cáncer.
- b. Varones que no quieran participar en el estudio.

4.3.3 Instrumento de Recolección de datos

La técnica de recolección de datos más adecuada es la entrevista. El instrumento por lo tanto será el cuestionario.

Un cuestionario de 57-Items llamado Instrumento de Percepción de Cáncer de Próstata de Edwards (EPPS) fue distribuido a todos los participantes interesados (n=130). Este instrumento consiste en datos demográficos y variables descriptivas que evaluaron el conocimiento; autoeficacia y las amenazas percibidas, barreras y beneficios con respecto al Cáncer de próstata y su prevención. Estas variables forman la estructura



que proporcionaron el marco para describir el comportamiento de la salud de los sujetos hacia el cáncer de próstata y la detección del cáncer de próstata.

La primera parte del instrumento contenía cuatro ítems sobre los datos demográficos y 17 ítems que obtuvieron información sobre el estado de salud del participante (preguntas 5-17). La segunda parte tuvo 12 ítems que evaluaron el conocimiento de los participantes sobre el cáncer de próstata y la detección (Parte A Preguntas, 1-12), y 21 ítems que evaluaron la percepción frente a esta enfermedad y su prevención (Parte B, Preguntas 13-33). Finalmente, las últimas seis preguntas evaluaron la receptividad de los participantes para el médico (Parte B, Preguntas 34-39). Los 12 ítems que evaluaron el conocimiento de los participantes, se califican por separado con un rango de 0-12. Los elementos de la evaluación de cada construcción de la susceptibilidad, gravedad, beneficios, barreras y autoeficacias suman y se dividen por el número de elementos de la construcción para obtener una puntuación media.

El cuestionario se detalla en el ANEXO 01. Han sido adecuados de los trabajos de los investigadores americanos Edwards (2002) y Dewitt Morre (2002).

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Esta herramienta fue desarrollada y utilizada originalmente por Edwards (2002) para evaluar las actitudes y creencias de afroamericanos acerca de la salud, el cáncer de próstata y la detección del cáncer de próstata. Según Burn y Grove (1997),



la fiabilidad de una nueva herramienta de investigación debetener un índice alfa de Cronbach de coeficiente de confiabilidad de 0,70 o superior para ser considerado válido⁴⁹. Además, Burns y Grove también estipulan que una herramienta establecida debe tener un índice alfa de Cronbach de coeficiente de confiabilidad de 0,80 o superior.

Cuando la herramientase desarrolló originalmente, un panel de expertos, entre ellosun médico, investigadores y enfermeras, expertos en materia de detecciónde cáncer de próstatayel cáncer de próstatarevisó laherramientaparala validez de contenido. Un estadístico tambiénayudó en el desarrollodel instrumento.Después de revisarla validez decontenido, la herramienta original fue modificadaa propuestade los expertos.La herramientatiene un gran apoyo de evidencia de una confiabilidadcon un coeficientealfade Cronbach de0,88 paralos 21 ítemsde la escala de "percepción" y el coeficientedeKuder–Richardson de0,73 parala escala de "conocimiento". Solo lasPreguntas8, 9y 10 de laescala de conocimientosse consideraronválidas.La legibilidad del cuestionariose determinó con el 92%en la escala delectura deFlesch en un nivelinferior alquinto grado.

⁴⁹Burns, N. & Grove, S.K. (1997).The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, &Utilization (3rd ed.). Philadelphia: W.B.Sauders Company.



CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.

5.1 Procedimiento estadístico de los datos

Se utilizaron los siguientes programas para la realización de dicho estudio:

- Programa de Word; como procesador de texto.
- Programa Excel; para captura de base de datos y diseño de tabla y gráficas.

Para el procesamiento de los datos se procedió a calificar la ficha de recolección de datos (encuesta) y elaborar una Matriz de datos digital, donde se obtendrán las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representándose luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 15. Para el procesamiento de la información se elaborarán cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentarán en cuadros tabulares. El análisis se basó en los 4 objetivos de investigación. El primer objetivo se refería al nivel de conocimientos de los encuestados sobre la prevención del cáncer de próstata. El segundo objetivo determina la percepción sobre la prevención del cáncer de próstata (la autoeficacia, los beneficios percibidos, las barreras y las amenazas con los métodos de detección de cáncer de próstata). El tercer objetivo busca determinar la asociación del nivel de conocimiento y la percepción frente a la prevención del cáncer de



próstata según ocupación y grupo étnico. Los datos se analizaron mediante el cálculo de estadísticas descriptivas como medias, desviaciones estándar y rangos. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para contraste de variables cualitativas con un valor p significativo menor a 0.05.

Para la validación del instrumento, se tuvo que traducir la encuesta del inglés al español. Luego, se distribuyó la encuesta a 20 varones que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio. Finalmente, se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach para la escala de conocimientos que comprenden los ítems del 1 al 12 (Parte A) dando como resultado 0.726. Para la escala de percepción que comprenden los ítems del 13 al 33 (Parte B) también se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach dando por resultado 0.803. (Ver anexo 02)

El primer objetivo que trata sobre el nivel de conocimientos acerca del cáncer de próstata y su prevención, se evalúa en la parte A del cuestionario de Edwards en el cual consta de 12 ítems y cada ítem requería una respuesta verdadera o falsa. Por lo que para medir los conocimientos, se sacó un promedio de las respuestas correctas y se aplicó la escala vigesimal de Pacheco que está aprobado por el Ministerio de Educación donde, un muy mal nivel de conocimientos comprendía de 0 a 10 de nota, regular nivel de conocimientos tenían de 11 a 13 de resultado, buen nivel de conocimientos de 14 a 17 de nota y muy buen nivel de conocimientos de 18 a 20 de nota.

Para el segundo objetivo sobre la percepción acerca de la próstata y su prevención aparece en la escala de percepción de la parte B del cuestionario de Edwards, que consta de 21 ítems que fueron evaluadas según la escala de Likert desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). Para poder obtener una percepción general se aplicó el coeficiente de Taninos donde se obtuvo la $M= 58.85$ y $DS= 6.40$, dando como resultado una mala



percepción va de 0 a 51.60, percepción indiferente desde 51.61 a 65.25 y percepción Buena desde 65.26 hasta 84.

Disgregando sus constructos: Para el primer constructo de Amenazas percibidas referentes a la prevención del cáncer de próstata. Las preguntas 13, 14 y 15 de la Parte B de la escala de Percepción forman el constructo de “Amenazas Percibidas”, que es una combinación de susceptibilidad percibida y severidad. Estas preguntas tuvieron una puntuación en la escala de Likert que va del 1 (totalmente en desacuerdo) al 4 (totalmente de acuerdo). El constructo midió la susceptibilidad percibida del hombre hacia el cáncer de próstata.

El segundo constructo sobre Los beneficios percibidos del examen rectal como parte del despistaje del cáncer de próstata. La combinación de las preguntas 16, 18, 24, 26 y 27 de la Parte B de la escala de percepción dirigió el constructo de “beneficios percibidos del examen digito rectal” estas 5 preguntas fueron medidas con la escala de Likert del 1 (totalmente en desacuerdo) al 4 (totalmente de acuerdo). Las respuestas de estas preguntas fueron combinadas y promediadas.

El tercer constructo abarca Cinco preguntas de la escala de percepción (17, 20, 23, 25y 28) formaron el constructo de “beneficios percibidos del PSA” para la prevención del cáncer de próstata. Estas 5 preguntas utilizaron los 4 puntos de la escala de Likert para medir los beneficios percibidos del PSA del 1 (totalmente en desacuerdo) al 4 (totalmente de acuerdo). Combinando las respuestas de cada pregunta y dividiéndolo entre 5 se obtiene una puntuación promedio de “beneficio”.

Para el cuarto constructo de barreras percibidas para el despistaje del cáncer de próstata. Este fue evaluado por 5 preguntas (23, 30, 31, 32 y 33) en la escala de percepción. Estas preguntas también fueron medidas por 4 puntos de la escala de Likert en la cual el 4 representaba estar totalmente en desacuerdo.



Las respuestas igualmente fueron combinadas y una puntuación media de “barreras” fue obtenida.

Para el último constructo sobre la autoeficacia del personal de salud con respecto al despistaje del cáncer de próstata fue evaluado con 3 preguntas de la parte B de la escala de percepción (19,21 y 22), las cuales fueron promediadas para obtener una puntuación.

CAPÍTULO VI

PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos de la encuesta sobre conocimientos y percepciones sobre el cáncer de próstata y su prevención en el personal asistencial masculino del Hospital Hipólito Unánue en el año 2013.

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETAREO, OCUPACIÓN, ESTADO CIVIL DEL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL 2013.

		N	%
GRUPO ETAREO	45 - 50	44	33.8%
	51 - 55	39	30.0%
	56 - 60	34	26.2%
	> 60	13	10.0%
	Total	130	100.0%
OCUPACIÓN	Médico	65	50.0%
	Profesional no médico	30	23.1%
	Técnico	35	26.9%
	Total	130	100.0%
ESTADO CIVIL	Soltero	9	6.9%
	Casado	97	74.6%
	Divorciado/Separado	14	10.8%
	Conviviente	9	6.9%
	Viudo	1	0.8%
	Total	130	100.0%

Fuente: Instrumento de Prevención del Cáncer de Próstata de Edwards



En la tabla N°1, la mayor frecuencia con respecto a la edad fue de 33.8% en el grupo de 45 – 50 años. Seguido del 30% del personal de 51 – 55 años.

Con respecto a la ocupación, el 50% de los encuestados corresponden a médicos, el 26.9% son técnicos y el 23.1% es profesional no médico.

De esta población estudiada, el 74.6% del personal es casado. Seguido del 10.8% son separados y solo el 6.9% es soltero.

TABLA N° 2

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA Y SU PREVENCIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA EN EL AÑO 2013

		N	%
CONOCIMIENTOS	MUY MAL	14	10.8%
	REGULAR	22	16.9%
	BUENA	34	26.2%
	MUY BUENA	60	46.2%
	Total	130	100.0%

Fuente:Instrumento de Prevención del Cáncer de Próstata de Edwards

En la tabla N° 2, se observan los resultados donde se muestra que 46.2% respondieron correctamente y tienen un muy buen nivel de conocimientos, seguido del 26.2% con un buen nivel de conocimientos, el 16.9% con un regular nivel de conocimientos y solo un 10.8% obtuvo un muy mal nivel de conocimientos.

TABLA N° 3

PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA Y SU PREVENCIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA EN EL AÑO 2013

		N	%
1. La causa más común de cáncer en hombres es el Cáncer de Próstata. (V)	Incorrecto	32	24.6%
	Correcto	98	75.4%
	Total	130	100.0%
2. El examen rectal es importante en el control del cáncer de próstata. (V)	Incorrecto	12	9.2%
	Correcto	118	90.8%
	Total	130	100.0%
3. El PSA es una prueba de sangre que puede detectar el cáncer de próstata. (V)	Incorrecto	10	7.7%
	Correcto	120	92.3%
	Total	130	100.0%
4. Uno puede tener cáncer de próstata y no saberlo. (V)	Incorrecto	22	16.9%
	Correcto	108	83.1%
	Total	130	100.0%
5. El cáncer de próstata puede curarse si es detectado tempranamente. (V)	Incorrecto	14	10.8%
	Correcto	116	89.2%
	Total	130	100.0%
6. El cáncer de próstata se puede prevenir con ejercicio regular. (F)	Incorrecto	55	42.3%
	Correcto	75	57.7%
	Total	130	100.0%
7. Los hombres de raza negra tienen una mayor probabilidad de tener cáncer de próstata que la raza (V)	Incorrecto	74	56.9%
	Correcto	56	43.1%
	Total	130	100.0%
8. Se recomienda hacerse un examen rectal anual empezando los 50 años. (V)	Incorrecto	24	18.5%
	Correcto	106	81.5%
	Total	130	100.0%
9. Debería hacerme un análisis de sangre anual para el cancer de prostata a partir de los 50 años de edad. (V)	Incorrecto	23	17.7%
	Correcto	107	82.3%
	Total	130	100.0%
10. Las pruebas para el cáncer de próstata es necesario sólo cuando uno tiene síntomas o problemas de la próstata. (F)	Incorrecto	24	18.5%
	Correcto	106	81.5%
	Total	130	100.0%
11. No hay cura para el cancer de próstata. (F)	Incorrecto	23	17.7%
	Correcto	107	82.3%
	Total	130	100.0%
12. La unica manera de detectar el cáncer de próstata tempranamente, cuando es mas curable, es a través del examen. (V)	Incorrecto	23	17.7%
	Correcto	107	82.3%
	Total	130	100.0%

Fuente: Instrumento de Prevención del Cáncer de Próstata de Edwards



En esta tabla se muestra los 12 ítems que evalúa el nivel de conocimiento de los participantes.

En la pregunta N° 1, 98 participantes contestaron correctamente afirmando que la causa más común de cáncer en hombres es el cáncer de próstata (75,4%).

En la pregunta N° 2, 118 encuestados respondieron correctamente que el examen rectal es importante en el control del cáncer de próstata (90.8%).

En la pregunta N° 3, 120 varones afirman que el PSA es una prueba de sangre que puede detectar el cáncer de próstata lo cual es correcto (92.3%).

En la pregunta N° 4, la gran mayoría respondió correctamente ya que es verdad que uno puede tener cáncer de próstata y no saberlo.

En la pregunta N° 5, 89.2% contestó correctamente que el cáncer de próstata puede curarse si es detectado tempranamente.

En la pregunta N° 6, 75 personas de la población en estudio respondió correctamente ya que es falso que el cáncer de próstata se puede prevenir con ejercicio regular.

En la pregunta N° 7, la gran mayoría respondió incorrectamente (56.9%) porque es verdad que los hombres de raza negra tienen una mayor probabilidad de tener cáncer de próstata que la raza blanca.

En la pregunta N° 8, el 81.5% sabe que recomiendan hacerse un examen rectal anual empezando los 50 años.

En la pregunta N° 9, el 82.3% afirmó que debería hacerse un análisis de sangre anual para el cáncer de próstata a partir de los 50 años porque de igual manera es verdad.

En la pregunta N° 10, el 81.5% de los encuestados respondió correctamente debido a que es falso que las pruebas para el cáncer de próstata es necesario solo cuando uno tiene síntomas o problemas de la próstata.

En la pregunta N° 11, el 82.3% que vendría a ser la mayoría respondió correctamente porque es falso que no haya cura para el cáncer de próstata.

Finalmente la pregunta N° 12, fue respondida correctamente por 107 participantes (82.3%) debido a que es verdad que la única manera de detectar el cáncer de próstata tempranamente, cuando es más curable, es a través del examen.

TABLA N° 4

PERCEPCIÓN GENERAL SOBRE EL CÁNCER DE PROSTATA Y SU PREVENCIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA EN EL AÑO 2013

		N	%
PERCEPCIÓN	Mala	7	5.4%
	Indiferente	106	81.5%
	Buena	17	13.1%
	Total	130	100.0%

Fuente: Instrumento de Prevención del Cáncer de Próstata de Edwards

En la tabla N° 4, la mayoría de los varones encuestados (81.5%) es indiferente frente al cáncer de próstata y su prevención. Seguida de una buena percepción frente a esta enfermedad con un 13.1% y la minoría (5.4%) su percepción frente al cáncer de próstata y prevención es mala.

TABLA N° 5

PUNTUACIONES DE RESUMEN DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN SOBRE EL CANCER DE PROSTATA Y SU PREVENCIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2013.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
AMENAZAS PERCIBIDAS	130	1	4	2.8256	0.65784
BENEFICIOS PERCIBIDOS DEL EDR	130	1.2	4	2.8231	0.46163
BENEFICIOS PERCIBIDOS DEL PSA	130	1.2	4	2.9415	0.41926
BARRERAS PERCIBIDAS	130	1	3.4	2.3615	0.53994
AUTOEFICACIA	130	1	4	3.2487	0.52715

Fuente: Instrumento de Prevención del Cáncer de Próstata de Edwards

La tabla N° 5 nos permite alcanzar nuestro segundo objetivo: Conocer la percepción sobre el cáncer de próstata y su prevención (amenazas percibidas, beneficios, percibidos del examen digito rectal y del PSA, barreras percibidas y la autoeficacia) en el personal asistencial masculino del Hospital Hipólito Unánue de Tacna.

Los resultados de amenazas percibidas indicaron una $M= 2.83$ y $DS= 0.66$ y rango = 1 a 4. Esto quiere decir que la mayoría de los encuestados indicaron que están de acuerdo en perciben al cáncer de próstata como una amenaza.



Los resultados de beneficios percibidos del Examen digito rectal indicaron un rango de 1.2 a 4, una $M= 2.82$ y $DS = 0.46$, que significa que la mayoría de los encuestados perciben los beneficios del examen digito rectal para la prevención del cáncer de próstata.

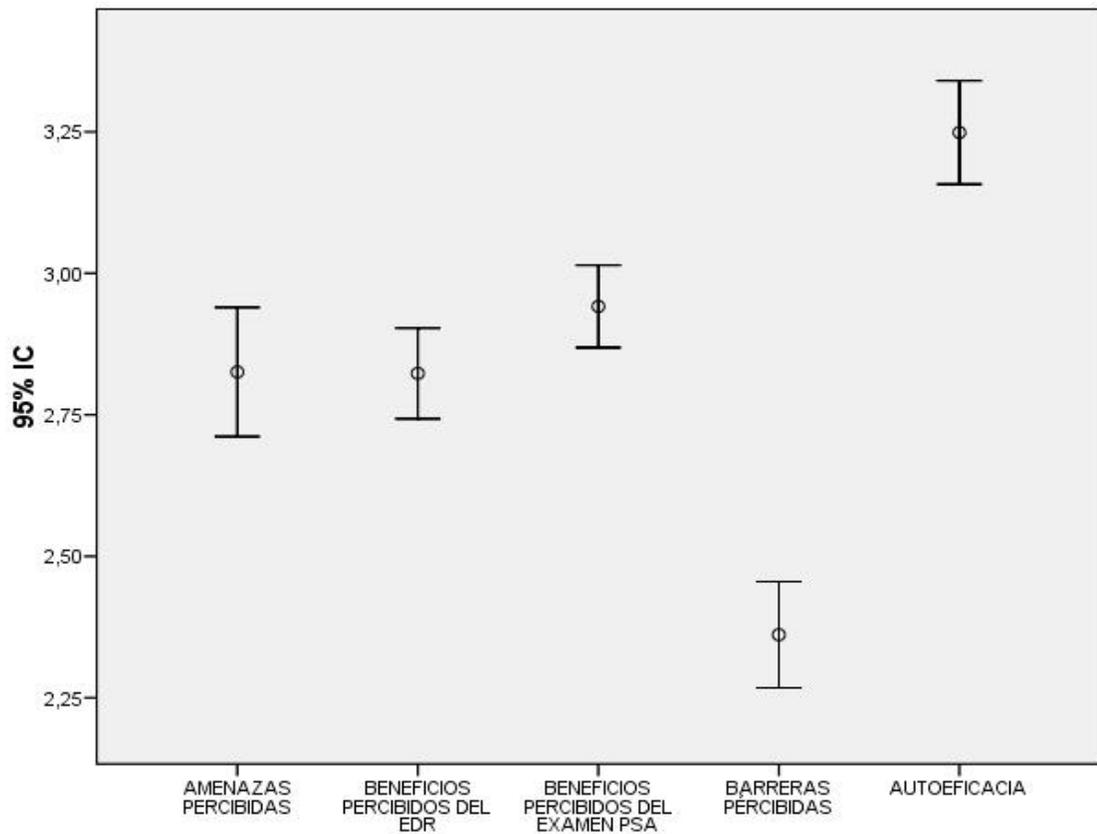
El resultado de beneficios percibidos del PSA tiene un rango de 1.2 a 4 $M= 2.94$ y $DS= 0.42$. La respuesta más frecuente fue de acuerdo. La mayoría de los hombres refieren que ellos perciben el examen de PSA como muy beneficioso en el despistaje del cáncer de próstata.

El resultado de barreras percibidas tuvo un rango de 1 a 3.4, $M= 2.36$ y $DS= 0.54$. Esto quiere decir que, la respuesta más frecuente fue que estaban en desacuerdo que había una barrera en la prevención del cáncer de próstata. Es decir, la mayoría de los hombres manifestaron percibir pocas barreras para el despistaje del cáncer de próstata ya que están en desacuerdo.

Los resultados de autoeficacia tuvieron un rango de 1 a 4, $M= 3.25$ y $DS= 0.53$. Por lo tanto, la mayoría de los encuestados tienen una percepción alta de autoeficacia con respecto a la prevención de cáncer de próstata, es decir, que están de acuerdo o totalmente de acuerdo en tener confianza en su capacidad para tomar una acción o participar en la prevención del cáncer de próstata.

GRÁFICO N° 1

PUNTUACIONES DE RESUMEN DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA Y SU PREVENCIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA EN EL AÑO 2013



Con un intervalo de confianza el 95% podemos afirmar que la escala mejor percibida son las barreras y la autoeficacia.

TABLA N° 6

CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA EN EL AÑO 2013

		OCUPACIÓN								p
		Médico		Profesional no médico		Técnico		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
CONOCIMIENTOS	MUY MAL	2	14.3%	4	28.6%	8	57.1%	14	100.0%	0.00
	REGULAR	3	13.6%	12	54.5%	7	31.8%	22	100.0%	
	BUENA	18	52.9%	6	17.6%	10	29.4%	34	100.0%	
	MUY BUENA	42	70.0%	8	13.3%	10	16.7%	60	100.0%	
	Total	65	50.0%	30	23.1%	35	26.9%	130	100.0%	
PERCEPCIÓN	Mala	1	14.3%	5	71.4%	1	14.3%	7	100.0%	0.016
	Indiferente	54	50.9%	24	22.6%	28	26.4%	106	100.0%	
	Buena	10	58.8%	1	5.9%	6	35.3%	17	100.0%	
	Total	65	50.0%	30	23.1%	35	26.9%	130	100.0%	

Fuente: Instrumento de Prevención del Cáncer de Próstata de Edwards

En la tabla N° 6, con respecto al nivel de conocimiento según ocupación de los participantes. De aquellos con un muy mal nivel de conocimientos, el 57.1% fueron técnicos, seguido del 28.6% por profesional no médico.

De todos lo que tuvieron un nivel regular de conocimientos, el 54.5% fue profesional no médico, seguido de 31.8% por personal técnico.



Del total de participantes con un buen nivel de conocimientos, el 52.9 % fueron médicos, seguido del personal técnico con un 29.4%.

De la población estudiada con un muy buen nivel de conocimientos, el 70% fue médico, seguido del 16.7% por personal técnico.

Encontrando una diferencia altamente significativa entre el nivel de conocimientos acerca del cáncer de próstata y la ocupación ($p= 0.00$).

Con respecto al nivel de percepción según ocupación, se observa que del total de los participantes con una mala percepción frente al cáncer de próstata y su prevención, el 71.4% fue profesional no médico. Seguido del médico y de técnico con un 14.3% igualmente para ambos.

Del total de los participantes con percepción indiferente, el 50.9% corresponde a los médicos, seguido del 26.4% que son técnicos.

Y los que tienen una buena percepción frente a la enfermedad, el 58.8% son médicos, seguido de personal técnico con un 35.5%

Encontrando también una diferencia altamente significativa entre la percepción frente al cáncer de próstata y la ocupación del personal de salud ($p= 0.016$).

TABLA N° 7

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN SOBRE EL CÁNCER DE PROSTATA Y SU PREVENCIÓN SEGÚN GRUPO ETAREO DEL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2013

		Grupo etáreo										p
		45 - 50		51 - 55		56 - 60		> 60		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
CONOCIMIENTOS	Muy mal	8	57.1%	4	28.6%	2	14.3%	0	0.0%	14	100.0%	0.244
	Regular	10	45.5%	5	22.7%	4	18.2%	3	13.6%	22	100.0%	
	Buena	13	38.2%	8	23.5%	9	26.5%	4	11.8%	34	100.0%	
	Muy buena	13	21.7%	22	36.7%	19	31.7%	6	10.0%	60	100.0%	
	Total	44	33.8%	39	30.0%	34	26.2%	13	10.0%	130	100.0%	
PERCEPCIÓN	Mala	3	42.9%	0	0.0%	1	14.3%	3	42.9%	7	100.0%	0.003
	Indiferente	39	36.8%	33	31.1%	24	22.6%	10	9.4%	106	100.0%	
	Buena	2	11.8%	6	35.3%	9	52.9%	0	0.0%	17	100.0%	
	Total	44	33.8%	39	30.0%	34	26.2%	13	10.0%	130	100.0%	

Fuente: Instrumento de Prevención del Cáncer de Próstata de Edwards

Con respecto al nivel de conocimientos, los que tienen un muy mal nivel de conocimientos son los que se encuentran entre los 45 a 50 años de edad con un 57.1%, seguido de los que están entre los 51 a 55 años con un 28.6% y ninguno de los mayores de 60 años presentó un muy mal nivel de conocimientos. De los que tienen un regular nivel de conocimientos, el 45.5% son de 45 a 50 años de edad, seguido de los de 51 a 55 años con un 22.7%. De los que tienen un buen nivel de conocimientos, el 38.2% son los que tienen de 45 a 50 años, seguido de los que tienen de 56 a 60 años con un 26.5%. Finalmente de los que tienen un muy buen nivel de conocimientos,



36.7% son los hombres que tienen de 51 a 55 años, seguido de 31.7% que tienen entre 56 a 60 años.

No se encontró una diferencia significativa entre el nivel de conocimientos sobre el cáncer de próstata y su prevención y grupo etáreo.

Con respecto al nivel de percepción, los que tienen una mala percepción el 42.9% tienen de 45 a 50 años y también los que tienen más de 60 años. De los que tienen una percepción indiferente hacia la prevención del cáncer de próstata, el 36.8% tienen de 45 a 50 años, seguido de 31.1% que tienen de 51 a 55 años. De los que tienen una buena percepción hacia la prevención del cáncer de próstata, el 52.9% tienen entre 56 a 60 años, seguido del 35.3% el grupo de 51 a 55 años.

Encontrando una diferencia significativa entre el nivel de percepción hacia la prevención del cáncer de próstata y el grupo etáreo. ($p=0.003$)

TABLA N° 8

PRACTICAS DE PREVENCIÓN DEL EXAMEN PROSTÁTICO EN EL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DEL 2013

		N	%
¿ALGUNA VEZ SE HA HECHO UN EXAMEN RECTAL POR UN MÉDICO?	No	83	63.8%
	Si	47	36.2%
	Total	130	100.0%
¿CUÁL FUE LA EDAD DE SU PRIMER CONTROL PROSTÁTICO?	Nunca	83	63.8%
	40 - 45 años	2	1.5%
	46 - 50 años	7	5.4%
	51 - 55 años	15	11.5%
	56 - 60 años	19	14.6%
	> de 60 años	4	3.1%
	Total	130	100.0%
¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE REALIZÓ EL EXAMEN DE PRÓSTATA?	Hace menos de 1 año	22	16.9%
	Entre 1 y 2 años	18	13.8%
	Entre 3 y 5 años	4	3.1%
	Hace más de 5 años	3	2.3%
	Nunca	83	63.8%
	Total	130	100.0%
¿CUÁL FUE EL PRINCIPAL MOTIVO POR EL QUE SE REALIZO EL EXAMEN DE PRÓSTATA?	No se realizó el examen de prostata	83	63.8%
	Tenia sintomas (dolor, ardor para orinar)	20	15.4%
	Tuvo casos de cáncer de próstata en la familia	7	5.4%
	Solamente rutina de prevención.	17	13.1%
	Usted lo solicitó a el médico	3	2.3%
	Otro motivo	0	0.0%
	Total	130	100.0%

Fuente:Instrumento de Prevención del Cáncer de Próstata de Edwards



En la tabla N° 9, Del total de encuestados, la gran mayoría (63.8%) nunca se habían hecho un examen rectal por un médico. Sólo el 36.2% si se lo habían hecho, de ellos la edad de su primer control prostático comprendió el grupo de 56 – 60 años con un 14.6%, seguido del grupo de 51 – 55 años con un 11.5%. Además, la última vez que se realizaron el examen rectal, la mayoría refiere que fue hace menos de un año (16.9%), seguido de entre 1 y 2 años (13.8%). Finalmente, el principal motivo que les llevó a realizarse el examen prostático fue porque tenían síntomas prostáticos (15.4%), seguido de los que lo hicieron solo por rutina de prevención (13.1%) y solo el 5.4% porque tuvieron casos de cáncer de próstata en la familia.

TABLA N° 9

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DEL EXAMEN DE PRÓSTATA EN EL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2013

		N	%
¿Alguna vez se ha hecho un examen de sangre (PSA) para el cáncer de próstata?	No	59	45.4%
	Si	71	54.6%
	Total	130	100.0%
¿Cuándo fue la última vez que se realizó el examen de PSA?	Hace menos de 1 año	37	28.5%
	Entre 1 y 2 años	29	22.3%
	Entre 3 y 5 años	4	3.1%
	Hace más de 5 años	1	0.8%
	Nunca	59	45.4%
	Total	130	100.0%

Fuente: Instrumento de Prevención del Cáncer de Próstata de Edwards

En la tabla N° 10, el 54.6% de los varones se han hecho un examen de sangre llamado PSA para el cáncer de próstata, representando la gran mayoría, y solo un 45.4% no se hicieron tal examen.

De los que se realizaron el examen de PSA, el 28.5% lo hicieron hace menos de 1 año, seguido del 22.3% que mencionan que se lo tomaron entre 1 y 2 años atrás.

TABLA N° 10

FRECUENCIA DEL CONTROL PREVENTIVO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA EN EL AÑO 2013

		N	%
FRECUENCIA CON QUE SE HACE EL CHEQUEO DE PRÓSTATA	Anualmente	38	29.2%
	2 o más años	24	18.5%
	Nunca	68	52.3%
	Total	130	100.0%

Fuente: Instrumento de Prevención del Cáncer de Próstata de Edwards

En la tabla N° 10, se observa que respecto a la frecuencia del chequeo de próstata sólo el 29.2% lo realiza anualmente, y el 18.5% lo hacen cada 2 o más años. Pero la gran mayoría (52.3%) nunca se realizó el chequeo de próstata.



DISCUSIÓN Y COMENTARIO

El propósito de este estudio fue analizar y describir el conocimiento básico, percepción frente al despistaje del cáncer de próstata, comportamientos de salud, prácticas de prevención de cáncer de próstata y frecuencia de realización del control prostático en el personal asistencial masculino del hospital Hipólito Unánue de Tacna. Si bien es cierto el MINSA recomienda la prevención del cáncer de próstata con el examen digito rectal y el examen de PSA a partir de los 50 años, la mayoría de los hombres no son participes de estas actividades preventivas, debido tal vez a que no son propagados tan ampliamente a través de los medios de comunicación, acciones de prevención o charlas educativas como lo son con otros tipos de cáncer como el cáncer de mama o de cuello uterino, ocasionando la falta de información sobre los beneficios de la detección precoz del cáncer de próstata.

Nuestra población de estudio fue el personal de salud que labora en el Hospital Hipólito Unánue y que por sus conocimientos básicos desde la universidad y su experiencia, conocen del cáncer de próstata y su prevención, además de sus beneficios y su importancia. Se buscó en este trabajo de investigación, conocer la frecuencia con la que se realizan el control preventivo anual de próstata y que percepción tienen frente a esta enfermedad para poder analizar sus actitudes y la transmisión de éstas a la población en general ya que son ellos la fuente de información principal para llegar a la comunidad y el modelo de la población en general.

Por otro lado, no se han encontrado estudios a nivel nacional ni internacional sobre la prevención de Cáncer de Próstata dirigido a personal de salud, solo un estudio realizado en Arequipa en el año 2010 dirigido a la población militar, similar al



estudio de Edwards (2002) y de DewittMorre (2002) también enfocado a esta población.

Con respecto al primer objetivo que trata de determinar el nivel de conocimientos sobre la prevención del cáncer de próstata, Strecher y Rosenstock (1997) mencionaron que el conocimiento, la edad, la etnia, el estatus socioeconómico y la personalidad son considerados factores modificantes que pueden influir indirectamente en los comportamientos y percepciones¹⁰. En este estudio, el 89.3% tiene un buen nivel de conocimientos acerca del cáncer de próstata y su prevención. Estos resultados se asemejan con el estudio conducido por Edwards (2000) en el cual aproximadamente el 90% de la población militar estudiada sabía del tema. En otro estudio conducido por Dewitt Moore (2002) el 93% de los participantes militares tenían conocimientos sobre la prevención del cáncer de próstata. Muñoz a. María y col, en Colombia en el 2010, realizó un estudio dirigido a la población masculina mayor de 45 años de una ciudad donde dio a conocer que el 60% tenía conocimientos sobre la enfermedad, similares resultados dio Pereira De Paiva Elenir (2008) al concluir que 63,8% de los hombres presentan conocimiento adecuado. Los 5 estudios aunque no están dirigidos a la misma población nos demuestran que la gran mayoría sabe acerca del cáncer de próstata y como prevenirlo, aunque se va diferenciando los porcentajes del nivel de conocimiento entre el personal de salud y la población general por obvias razones.

Sin embargo, en nuestro estudio el 81.5% y 82.3% sabía cuando empezar la prevención del cáncer de próstata. En cambio, en el estudio de Dewitt Moore sólo el 31.2% y 36.3% los militares respondieron correctamente esta pregunta. Por obvias razones, el personal de salud desde técnicos a médicos, donde su función es velar por la salud de la comunidad sabe sobre la prevención del cáncer de próstata ya que son fuente de información principal sobre la prevención y promoción de la salud de la población. Por tanto, la gran mayoría del personal asistencial de nuestro hospital tiene un buen nivel de conocimientos sobre la prevención del cáncer de próstata y es muy



importante esto debido a que informan de manera correcta a la población sobre el cuidado de su salud.

Respecto al segundo objetivo donde se conoció la percepción hacia la prevención del cáncer de próstata del personal de salud del hospital Hipólito Unánue. Nos referiremos primero a las amenazas percibidas frente al cáncer de próstata. La mayoría de los encuestados que participaron en nuestro estudio percibieron que ellos estaban en riesgo de desarrollar cáncer de próstata. Estos resultados son similares a Edwards (2002) donde la mayoría de la población militar percibía al cáncer de próstata como una amenaza e indicaban que le prestaban atención por tratarse de un problema serio y se creían susceptibles a desarrollar esta enfermedad. Lo mismo sucedió con Muñoz A. Maria y col (2010) donde, el 76% se consideró vulnerable al cáncer de próstata y el 97% era consciente de su gravedad.

Además en nuestro estudio, el 70.7% refirieron que estaban de acuerdo y totalmente de acuerdo que estaban en riesgo de desarrollar cáncer de próstata. Similares resultados encontró en su estudio Dewitt Moore, donde el 85% de sus participantes manifestaron sentirse en riesgo. También el 83.1% de los varones reportaron que se sentían más en riesgo de tener cáncer de próstata a medida que envejecían (ver anexo 3). En cambio, en la población militar, más del 98% tenían ese sentimiento. Hay pequeñas diferencias entre ambos estudios pero en los dos la gran mayoría sentían que eran susceptibles a esta enfermedad. La percepción de amenazas no se puede diferenciar según ocupación o cargo ya que es un sentimiento general en todos los varones, por lo que no habría ningún problema en mencionarlos.

En cuanto a los beneficios percibidos para el tacto rectal y examen de PSA para la prevención del cáncer de próstata, de acuerdo a Hochbaum (1958), los beneficios personales percibidos de la detección temprana están basados en estos dos elementos. Primero, los participantes en este estudio tendrían que creer que el EDR y el PSA detectarían el cáncer de próstata antes de que aparezcan los síntomas. Segundo,



también tendrían que creer que la detección temprana y el tratamiento mejorarían el pronóstico. Los participantes en nuestro estudio percibían altos beneficios del PSA y del examen digito rectal. Más del 90% manifestaron que estaban de acuerdo. Estos resultados son consistentes con el estudio conducido por Dewitt Moore y se asemejan más a los nuestros ya que el 93% de los participantes están de acuerdo en los beneficios de ambos exámenes para la detección precoz del cáncer de próstata. De igual manera, Muñoz A. María y col refieren que un 98% de sus participantes reconocían los beneficios del diagnóstico oportuno con el examen digito rectal y PSA. Pero, la limitación de este estudio no nos permite predecir cómo es su impacto en los comportamientos de prevención del encuestado. Sin embargo, Houchbaum (1958) han demostrado que la participación en la prevención de una enfermedad está fuertemente asociado a dos variables: susceptibilidad percibida y beneficios. Pero, en nuestro estudio no se puede apoyar a esa teoría debido a que la mayoría del personal de salud conoce los beneficios de estos dos exámenes por sus conocimientos básicos de su propia profesión pero por la baja frecuencia con la que se hacen el chequeo de cáncer de próstata no se asocia en nada con la participación en la prevención del cáncer de próstata.

Con respecto a las barreras percibidas para la prevención del cáncer de próstata, la gran mayoría reportó percibir pocas barreras para la detección por indicar que estaban en de acuerdo con las preguntas. De acuerdo a Champion y Scott (1995), un individuo llevaría a cabo una acción siempre que los beneficios percibidos pesen más que cualquier barrera⁵⁰. Las barreras más identificadas en la literatura con respecto a la prevención del cáncer de próstata fueron relación con el acceso, el costo del examen, la falta del seguro médico. Pero como el 100% de nuestros encuestados tienen seguro médico, no creen que estos temas tengan un gran impacto en estas

⁵⁰Champion, V. L., & Scott, C. R. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research*, 46(6), 331-337.



prácticas de prevención de los hombres. Estas barreras podrían tener más impacto en la población general.

Cuando les preguntaron si hacerse un examen rectal o PSA es fácil, el 58.5% respondió que estaba en desacuerdo que el examen rectal es fácil y el 68.5% si están de acuerdo que el examen de PSA es fácil de hacerse (ver anexo 3). En cambio, en el estudio de Dewitt Moore, el 95% respondió que fue fácil hacerse ambos exámenes. Además, un buen porcentaje de encuestados reportaron que el examen rectal fue doloroso (ver anexo 3). Similares resultados se obtuvieron en la población militar. Otra barrera para prevenir el cáncer de próstata es el miedo de los resultados anormales. La gran mayoría (46.2%) estaba de acuerdo a que no se hacía el chequeo de cáncer de próstata por miedo a los resultados, siendo el propio personal de salud los que respondieron. Sin embargo, Dewitt mencionó que la mayoría de los militares negaron que ellos no prevenían por el miedo de los resultados. En cambio, Muñoz A. Mariaen su estudio planteó tres barreras para su realización: falta de conocimientos (37%), afectación de la masculinidad (33%) y dificultad en el tratamiento (94%); esto último derivado del alto costo y bajo acceso al servicio especializado. En este aspecto, se concluye que el personal de salud no se realiza el chequeo de próstata por incomodidad y vergüenza al examen rectal y prefieren hacérselo midiendo el PSA, siendo su única barrera para la prevención a pesar de saber los beneficios de ambos exámenes para la detección precoz del cáncer de próstata.

En cuanto a la autoeficacia de la prevención del cáncer de próstata, la mayoría de los participantes tenían una alta confianza en su capacidad de prevenir el cáncer de próstata. La autoeficacia toma también en consideración la capacidad cognitiva y motivacional como también el humor o afecto del individuo. La mayoría de los participantes respondieron en este estudio estar de acuerdo con la eficacia de examinarse la próstata. Estos resultados son consistentes con Edwards (2002). Aunque las limitaciones de estudio no hace posible saber cuál es el impacto del constructo de autoeficacia en la prevención, la gran mayoría, 58.5% de los



encuestados respondieron que son responsables de su propia salud. En cambio, la población militar refiere que el 98% de los encuestados son responsables. Quizás la responsabilidad promovía la motivación de prevención. Pero se necesitarían de estudios para poder confirmar esta suposición. A pesar de ello, podemos observar que por más alta que sea la autoeficacia frente a la prevención de cáncer de próstata, es decir, que esté en manos de cada uno poder prevenir la enfermedad y mantenerse saludables ya que se consideran responsables de su salud, no necesariamente lo hacen ya que como hemos visto de groso modo son en su mayoría indiferentes frente a la prevención del cáncer de próstata, quizás por la barrera encontrada o falta de tiempo pero no llegan a controlarse como deberían por más que saben de la importancia de la detección precoz y tratamiento oportuno de esta enfermedad. (Ver anexo 4)

Por último, en cuanto a la frecuencia del control preventivo prostático, solo el 29.2% se controla anualmente, siendo muy baja la prevención del cáncer de próstata en nuestro personal de salud. Similares resultados fueron los de Muñoz A. Maria y col (2010) donde sólo unos pocos (27%) se habían realizado el examen pero en una población. Por el contrario, Edwards QT y col. (2002) reveló que Dos tercios de los participantes militares reportaron cribado anual de próstata cáncer.

Es importante tener en cuenta estas cifras, ya que cómo podemos exigir a la población en general de tomar medidas de prevención, si el modelo a seguir no lo hace y así no pueden aconsejar con el ejemplo. Es hora ya de empezar a tomar medidas preventivas para no lamentarnos cuando la enfermedad ya esté establecida. Debemos cambiar nuestra forma de conciencia y dejar de ser actores curativos y no preventivos como lo son en los países desarrollados.

CONCLUSIONES

1. Se concluye que el 89.3% del personal asistencial masculino del Hospital Hipólito Unánue tienen un buen nivel de conocimientos, encabezado por el medico con el 70%, seguido del profesional no médico y por ultimo del técnico.
2. Se determina que el 81.5% del personal asistencial masculino del Hospital Hipólito Unánue es indiferente frente a la prevención del cáncer de próstata, encabezado por los médicos (50.9%). Además la mayoría están de acuerdo en percibir al cáncer de próstata como una amenaza ya que se sienten susceptibles de desarrollarla. Perciben altamente los beneficios del PSA y del tacto rectal en la prevención del cáncer de próstata, aunque esto no indica que se lo realicen con frecuencia. La mayoría percibe pocas barreras para la prevención del cáncer de próstata, debido a que todos eran asegurados pero si la mayoría percibe al tacto rectal como un examen doloroso y no fácil de realizarse. Por último, tienen una percepción alta de autoeficacia ya que tienen una gran confianza en su capacidad para prevenir el cáncer de próstata aunque no lo realicen.
3. Se concluye que hay una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos acerca del cáncer de próstata y la ocupación ($p=0.00$) pero no con el grupo étnico. Además, hay asociación entre la percepción sobre la prevención del cáncer de próstata y la ocupación del personal asistencial masculino del hospital Hipólito Unánue ($p= 0.016$) y también con el grupo étnico ($p=0.003$)



4. Finalmente, el 63.8% del personal asistencial masculino del hospital Hipólito Unánue nunca se había hecho un examen rectal por un médico. Solo el 36.3% si se había hecho un examen rectal. En cambio el 54.6% de ellos si se realizó el examen del PSA, pero la gran mayoría se hizo el control prostático después de los 56 años (11.5%), siendo el principal motivo que les llevo a realizarse el examen, la presencia de síntomas prostáticos (15.4%). Además, de ellos solo el 29.2% se realizaba anualmente la frecuencia del chequeo de próstata y el 18.5% lo hacían cada 2 o más años.



RECOMENDACIONES

- Sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de la prevención del cáncer de próstata y así sea capaz de brindar información para lograr romper las barreras de prejuicios y creencias equivocadas sobre el cáncer de próstata, concientizando a todos los varones sobre la importancia de la salud preventiva, enfocando principalmente los aspectos promocionales.
- Los proveedores de salud deben establecer una relación de confianza con sus pacientes. Con una relación de confianza, los hombres pueden recibir educación sobre el riesgo de desarrollar el cáncer de próstata y los beneficios del cribado frecuente. Los hombres deben sentirse lo suficientemente cómodos con sus proveedores de atención médica para discutirlos miedos y barreras que pueden impedir participar en el cribado. Los obstáculos no pueden ser eliminados o reducidos si no están identificados.
- Los proveedores de salud deben capacitar a los hombres a asumir la responsabilidad de su salud individual y poner en práctica sus conocimientos transmitiendo estilos de vida adecuados.
- Revisar los programas de difusión sobre cáncer de próstata para analizar sus debilidades y así complementar las campañas de prevención en los varones en general y fomentar las campañas de prevención a la población en general sobre el cáncer de próstata .



- Realizar estudios de investigación en la población general, usando el mismo instrumento para poder obtener resultados y complementarlos con el nuestro y poder elaborar y fomentar programas de prevención para el cáncer de próstata para la población en general ya que no existe propagación sobre la detección precoz de cáncer en varones.



BIBLIOGRAFÍA

1. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures. Atlanta 2002.
2. Weinrich, S., Yoon, S., & Weinrich, M. Predictores de la participación de la detección del cáncer de Próstata. *Journal of Community Health Nursing* 1998, 15(2), 113- 129.
3. Cotran, Kumar, Collins, Robbins. Patología estructural y funcional; 6ta edición. México, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, año 2000. Capítulo 23: aparato genital masculino; páginas 1073-1077.
4. Organization, Project GLOBOCAN[sede Web]*. Lyon: World Health. [actualizado 2010; acceso 14 de octubre del 2012]. Prostate Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en:<http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp>
5. Ministerio de Salud. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/cancer/datos.asp>
6. Dirección Ejecutiva de Epidemiología. Análisis de situación de salud. Tacna: Región de salud Tacna; 2010.
7. Del Coco F. Valeria. Realización anual del control preventivo de Cáncer de Próstata: Comparación de su prevalencia entre población médica y no médica.[tesis de grado profesional]. Argentina: Universidad Abierta Interamericana, 2004.
8. Farrel, M., Murphy, M. y Scheider, C. (2002). Influencia de las creencias de los pacientes en la aceptación de la pesquisa prostática. *Urología*, 5, 120-129.
9. Newling, D. (2002). Prostate Cancer & Prostatic Disease. *Prostate Consensus*, 5, 2.
10. Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15 (2), 175-183.
11. Edwards QT, Johnson CG, Mason S, Boyle G. Differentiation of the health behavior patterns related to prostate cancer screening among African-American men in military settings. *Mil Med*. 2002 May;167(5):374-8.



12. Angelo Dewitt Moore; Gerald Boyle. Evaluación del conocimiento, autoeficacia y comportamientos de salud de hombres beneficiarios asignados al AreaCapita Nacional con respecto a la participación de prevención de cáncer de próstata.[tesis de maestría]. USA: UniformedServicesUniversity of theHealthSciences, 2002.
13. Paiva Pereira Elenir; Motta Salvador Maria Catarina; GriepHarterRosane. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. Rev.Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-feb. 2011; 19 (1):[08 pantallas]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
14. María Nelcy Muñoz Astudillo, Luis Alfredo Sossa Pinzón, Jhon Jairo Ospina, Adrián Grisales, José David Rodríguez García.Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años de Santa rosa de Cabal. Colombia, 2010. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 16, No.2, julio - diciembre 2011, págs. 147 – 161.
15. Pereira De PaivaElenir. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la detección de Cáncer de Próstata. [tesis doctoral]. Brazil:Universidad Federal de Rio de Janeiro, 2008.
16. Taghipour Ali, VassoVydellingum, Sara Faithfull. Percepciones y experiencias en hombres iraníes acerca de la detección temprana de Cáncer de Próstata. Iran, 2007.
17. Oliver, JoAnn Simon, "Prostate Cancer Screening Patterns among African American Men in the Rural South". [tesis doctoral] Atlanta: Georgia State University, 2008. Nursing Dissertations. Paper 7. Disponible en: http://digitalarchive.gsu.edu/nursing_diss
18. Elena Oyarzun N., Marcela Figueroa S., Osvaldo Ibaceta F. Prácticas y conocimientos médicos sobre la pesquisa del Cáncer de Próstata en la atención primaria. Revista Chilena de Urología 2008 diciembre 12; 41(1) 35 – 42.
19. Blocker E. Deborah, Smith RomockiLahoma, Kamilah B. Thomas, Belinda L. Jones; Ethel Jean Jackson, LaVerne Reid, Marci K. Campbell. Conocimientos, creencias y barreras asociadas a la prevención del cáncer de próstata y comportamientos de cribaje en hombres afroamericanos.Journal of theNational Medical Association 2006 Agosto; 98(8): 1286-1295.



20. Sánchez Regalado Aray Juana. Determinantes de la asistencia espontánea a la pesquisa del cáncer de próstata [tesis de grado profesional]. Venezuela: Universidad Simón Bolívar; 2000.
21. Ramón Lemay Nodal Laugart, Maricel Rodríguez Ardí, Iser Tamayo Tamayo y Alexi Domínguez Fabars. Nodal L. Responsabilidad individual en la detección temprana del cáncer de próstata. MEDISAN 2011; 15(7):958
22. Arias NN, Soria AG, Tefaha LM, Guber RS, Sandoval NG, Mónaco ML. Percepción del cáncer de próstata en hombres de una población vulnerable de la provincia de Tucumán. Argentina, 2008. Disponible en: <http://www.unl.edu.ar/iberoextension/dvd/archivos/posters/mesa3/resumen/percepcion-del-cancer-de-pro.pdf>
23. Fernandes Leite Denisse, Iracema Maria Gonçalves Ferreira, Marta Solange de Souza, Vanessa Silva Nunes Paulo Roberto de Castro. Influencia de un programa de educación en la salud del hombre. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010; 34(1):50-56.
24. O’Rahilly R. Anatomía Gardner – Gray - O’Rahilly. Quinta Edición. México, DF, Editorial Mc Graw Hill 2001. Capítulo 44.
25. Rodríguez G. Carbadillo J. Hiperplasia Benigna de Próstata. Medicine. 2007;9(83):5328-5341.
26. Guyton, Arthur C.; Hall, John E. Tratado de Fisiología Médica Guyton Hall. Décima Edición, México, DF. Editorial Mc Graw Hill. 2001. Capítulo 81.
27. Prevención y Detección Temprana del Cáncer de Próstata en el Primer Nivel de Atención México: Secretaría de Salud; 2008. Disponible en: http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/SSA_021_08_CANCER_PROS_TATA/SSA_021_08_EyR.pdf
28. Steinberg GD, Carter BS, Beaty TH, Childs B, Walsh PC. Family history and the risk of prostate cancer. Prostate 1990;17(4):337-47.
29. Programa de Acción: **Cáncer de Próstata**. Secretaria de salud Primera Edición, 2001. http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_3/cancer_prostata.pdf



30. Sobin LH, Gospodariwicz M, Wittekind C. TNM classification of malignant tumors. UICC International Union Against Cancer. 7th edition. Wiley-Blackwell, 2009 Dec; pp. 243-248. Disponible en: <http://www.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-0471222887.html>
31. Gleason DF, Mellinger GT. Prediction of prognosis for prostatic adenocarcinoma by combined histological grading and clinical staging. J Urol 1974 Jan;111(1):58-64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4813554>
32. Resumen de Cáncer de próstata. Sociedad Americana del Cáncer 2012. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003073-pdf.pdf>
33. Richie JP, Catalona WJ, Ahmann FR, Hudson MA, Scardino PT, Flanigan RC, deKernion JB, Ratliff TL, Kavoussi LR, Dalkin BL. Effect of patient age on early detection of prostate cancer with serum prostate-specific antigen and digital rectal examination. Urology 1993 Oct;42(4):365-74. (level of evidence: 2a) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7692657>
34. Thompson IM, Pauler DK, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Parnes HL, Minasian LM, Ford LG, Lippman SM, Crawford ED, Crowley JJ, Coltman CA Jr. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level < or =4.0 ng per milliliter. N Engl J Med 2004 May 27;350(22):2239-46. (level of evidence: 2a) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15163773>
35. Hara R, Jo Y, Fujii T, Kondo N, Yokoyama T, Miyaji Y, et al. Optimal approach for prostate cancer detection as initial biopsy: prospective randomized study comparing transperineal versus transrectal systematic 12-core biopsy. Urology. 2008;71:191---5.
36. El Cáncer: Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Ministerio de la Protección Social Instituto Nacional de Cancerología. Colombia, 2004.
37. Thompson IM, Pauler DK, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Parnes HL, Minasian LM, Ford LG, Lippman SM, Crawford ED, Crowley JJ, Coltman CA Jr. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level < or =4.0 ng per milliliter. N Engl J Med 2004 May 27;350(22):2239-46. (level of evidence: 2a) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15163773>



38. A Heidenreich, J. Bellmunt, M. Bolla, S. Joniau, M. Mason, N. Mottet, H.P. Schmid, T. van der Kwast, T. Wiegely F. Zattoni. Guía de la EAU sobre el cáncer de próstata. Parte I: cribado, diagnóstico y tratamiento del cáncer clínicamente localizado. *ActasUrol Esp.* 2011; 35 (9): 501 – 514.
39. Klotz L. Active surveillance for prostate cancer: a review. *CurrUrol Rep.* 2010;11:165---71.
40. Bill-Axelson A, Holmberg L, Ruutu M, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med.* 2005;352:1977---84.
41. Huggins C, Stevens RE Jr, Hodges CV. Studies on prostate cancer. II. The effect of castration on advanced carcinoma of the prostate gland. *ArchSurg* 1941;43:209-23.
42. Gustavo Cabrera A., Jorge Tascón G., Diego Lucumí C. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del Modelo. Publicado en la *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2001; 19(1): 91-101
43. Cabrera G. El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2000;18(2):129-138.
44. Nutbeam D, Harris E. *Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion.* Sydney: National Centre for Health Promotion; 1998.
45. Coombes Y, McPherson K. *Review of models of health-related behavior change.* London: Health promotion sciences unit, London School of Hygiene and tropical medicine; 1996.
46. Glanz K, Rimer B, Lewis F. *Health behaviour and health education: theory, research and practice.* 2nd ed. San Francisco: Jossey Bass; 1997.
47. Hochbaum G. *Health behavior: basic concepts.* National center for health services research and development. Belmont, CA: Wadsworth publishing Co; 1970.
48. Prentice-Dunn S, Rogers R. Protection motivation theory and preventive health: beyond the health belief model. *Health Education research: theory and practice* 1986;1(3):15361.
49. Green L (editorial). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs* 1974;2(4):324-5.



49. Rosenstock I. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* 1974;2(4):328-35.
50. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review* 1977;84:191-215.
51. Becker M, (editor). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*. 1974; 2(4):234 -508.
52. Janz N, Becker M. The health belief model: a decade later. *Health education Quarterly* 1984;11:1-47.
53. Vera A, Varela L, Macía F, 2010. El Estudio de la Percepción del Riesgo y Salud Ocupacional: Una Mirada desde los Paradigmas de Riesgo. *CiencTrab. Ene-Mar*; 12 (35): 243-250.
54. Gómez R. y col.(2010)“Percepción de riesgo sobre las sustancias psicoactivas en jóvenes, padres y docentes del CBU de Nivel Medio de la ciudad de Córdoba: un estudio comparativo”
55. Champion, V. L., & Scott, C. R. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research*, 46(6), 331-337.



ANEXOS



Anexo 1:

**ENCUESTA SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA Y SU PREVENCIÓN
“INSTRUMENTO DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA DE
EDWARDS”**

Formulario N°: _____

I. PRESENTACIÓN

Este cuestionario es un estudio de investigación sobre la salud, el cáncer de próstata y la prueba para el cáncer de próstata. Ha sido desarrollado para que pueda proporcionar información sobre lo que sabe y cree respecto al cáncer de próstata. La información que usted proporcione puede ser útil en el desarrollo de programas educativos para los hombres sobre el cáncer de próstata. El cuestionario será totalmente anónimo. Gracias por su participación.

II. DATOS DE FILIACIÓN Y DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

A continuación responda colocando un aspa en la respuesta que crea conveniente:

1. Edad: _____ años

2. Ocupación:

- Médico ()
- Profesional No medico ()
- Técnico ()

3. Estado civil:

- 1. Soltero ()
- 2. Casado ()
- 3. Divorciado ()
- 4. Conviviente ()
- 5. Viudo ()

4. Seguro de salud:

- Si () No ()



ESTADO DEL CUIDADO DE LA SALUD

5. ¿Cómo calificaría su salud?

1. Pobre ()
2. Promedio ()
3. Bueno ()
4. Excelente ()

6. ¿Está recibiendo tratamiento para algún problema médico?

1. Si ()
2. No ()

Si es así, ¿qué? _____

7. ¿Cuándo fue la última vez que recibió un chequeo médico completo?

1. Hace menos de 6 meses ()
2. Hace menos de 1 año ()
3. Hace más de 1 año ()
4. Nunca ()

8. ¿Alguna vez se ha hecho un examen rectal por un médico?

1. Sí ()
2. No ()

8.1 Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuál fue la edad de su 1° control prostático anual?

1. 40 – 45 años ()
2. 46 – 50 años ()
3. 51 – 55 años ()
4. 56 – 60 años ()
5. > 60 años ()



8.2 Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuándo fue la última vez que se realizó el examen de próstata?

1. hace menos de 1 año ()
2. entre 1 y 2 años ()
3. entre 3 y 5 años ()
4. hace más de 5 años ()
5. Nunca ()

8.3 Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuál fue el principal motivo por el que se realizó el examen de próstata?

1. Tenía síntomas (dolor, ardor para orinar) ()
2. Tuvo casos de cáncer de próstata en la familia ()
3. Solamente rutina de prevención ()
4. Usted lo solicitó o el médico ()
5. Otro motivo. ¿Cuál? _____

9. ¿Alguna vez se ha hecho un examen de sangre para el Cáncer de próstata (PSA)?

1. Sí ()
2. No ()

9.1 ¿Cuándo fue la última vez que se realizó el examen de PSA?

1. hace menos de 1 año ()
2. entre 1 y 2 años ()
3. entre 3 y 5 años ()
4. hace más de 5 años ()
5. Nunca ()

10. ¿Alguna vez le han dicho que tiene problemas de próstata?

1. Sí () ¿Cuál? _____
2. No ()

11. ¿Alguna vez le han dicho que tiene cáncer?

1. Sí () ¿Qué tipo? _____
2. No ()



4. Examen dental:

1. Hace menos de 6 meses ()
2. Hace menos de 1 año ()
3. Hace más de 1 año ()
4. Nunca ()

15. ¿Alguna vez ha fumado?

1. Sí ()
2. No ()

16. ¿Actualmente fuma?

1. Sí ()
2. No ()

16.1 Si es así, ¿Cuántos cigarros al día? _____

¿Cuánto tiempo? _____

17. Marque la casilla que mejor describa la frecuencia con que se hace el chequeo de cáncer de próstata:

1. Anualmente ()
2. 2 o más años ()
3. Nunca ()

PARTE A

CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA Y SU EVALUACIÓN

Marque la respuesta que mejor describa lo que sabe sobre el CÁNCER DE PRÓSTATA

1. La causa más común de cáncer en hombres es el **CÁNCER DE PRÓSTATA**

1. VERDADERO ()
2. FALSO ()

2. El examen rectal es importante en el control del cáncer de próstata

1. VERDADERO ()
2. FALSO ()

3. El "PSA" es una prueba de sangre que puede detectar el cáncer de próstata

1. VERDADERO ()
2. FALSO ()

4. Uno puede tener cáncer de próstata y no saberlo.

1. VERDADERO ()
2. FALSO ()



5. El Cáncer de próstata puede curarse si es detectado tempranamente.
 1. VERDADERO ()
 2. FALSO ()

6. El cáncer de próstata se puede prevenir con ejercicio regular.
 1. VERDADERO ()
 2. FALSO ()

7. Los hombres de raza negra tienen una mayor probabilidad de tener cáncer de próstata que la raza blanca.
 1. VERDADERO ()
 2. FALSO ()

8. Se recomienda hacerse un examen rectal al año empezando los 50 años.
 1. VERDADERO ()
 2. FALSO ()

9. Debería hacerme un análisis de sangre anual para el cáncer de próstata a partir de 50 años de edad.
 1. VERDADERO ()
 2. FALSO ()

10. Las pruebas para el cáncer de próstata son necesarias sólo cuando no tienes síntomas o problemas de la próstata.
 1. VERDADERO ()
 2. FALSO ()

11. No hay cura para el cáncer de próstata.
 1. VERDADERO ()
 2. FALSO ()

12. La única manera de detectar el cáncer de próstata tempranamente, cuando es más curable, es a través del examen.
 1. VERDADERO ()
 2. FALSO ()



PARTE B

PERCEPCIÓN SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA Y SU EXÁMEN

Cada una de las afirmaciones del cuestionario expresa un sentimiento ante el cáncer de próstata y su examen. Marque con una equis(X) la letra que indique mejor su concordancia SEGÚN SU OPINIÓN.

Clave:

TOTALMENTE EN DESACUERDO	1
EN DESACUERDO	2
DE ACUERDO	3
TOTALMENTE DE ACUERDO	4

ENUNCIADOS	1	2	3	4
13. Siento que debería hacerme un chequeo de cáncer de próstata				
14. Estoy en riesgo de tener cáncer de próstata				
15. Yo debería haberme hecho un examen de sangre para el cáncer de próstata.				
16. A medida que envejezco, me siento más en riesgo de tener cáncer de próstata				
17. Los hombres de raza negra tienen una tasa más alta de cáncer de próstata que los blancos				
18. Debería haberme hecho un examen rectal para el cáncer de próstata.				
19. Siento que yo puedo mantenerme saludable si yo mismo cuido de mi salud				
20. Si sigo el consejo de mi médico, puedo cuidar mejor mi salud.				
21. Yo siento que tengo control sobre mi cuerpo.				
22. Yo soy responsable de mi salud				
23. Creo que hacerse el examen de sangre para el cáncer de próstata es seguro.				
24. Creo que hacerse un examen rectal para el cáncer de próstata es seguro.				
25. Confío en que hacerse una prueba de sangre será útil para la detección del cáncer de próstata				
26. Confío en que hacerse un examen rectal será útil para la detección del cáncer de próstata				

“PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA Y SU PREVENCIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA EN EL AÑO 2013”



- 7. Medico ()
 - 8. Enfermera ()
 - 9. Internet ()
 - 10. Otro ()
- Especifique: _____

39. ¿Le gustaría saber más sobre el Cáncer de Próstata y su prevención?

Si () No ()



Anexo 2:

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO: “INSTRUMENTO DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA DE EDWARDS”

PARTE A : CONOCIMIENTOS DE LA PREVENCIÓN DEL CANCER DE PROSTATA

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.726	12

CONOCIMIENTOS SOBRE EL CANCER DE PROSTATA Y SU PREVENICION

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. La causa más común de cáncer en hombres es el Cáncer de Próstata.	8.6615	4.226	0.577	0.675
2. El examen rectal es importante en el control del cáncer de próstata.	8.5077	5.120	0.178	0.728
3. El PSA es una prueba de sangre que puede detectar el cáncer de próstata.	8.4923	4.934	0.364	0.711
4. Uno puede tener cáncer de próstata y no saberlo.	8.5846	4.477	0.515	0.688
5. El cáncer de próstata puede curarse si es detectado tempranamente.	8.5231	4.515	0.625	0.681
6. El cáncer de próstata se puede prevenir con ejercicio regular.	8.8385	5.408	-0.093	0.780
7. Los hombres de raza negra tienen una mayor probabilidad de tener cáncer de próstata que la raza	8.9846	4.713	0.222	0.733
8. Se recomienda hacerse un examen rectal anual empezando los 50 años.	8.6000	4.567	0.432	0.699
9. Debería hacerme un analisis de sangre anual para el cancer de prostata a partir de los 50 años de edad.	8.5923	4.584	0.431	0.699
10. Las pruebas para el cáncer de próstata es necesario sólo cuando uno tiene síntomas o problemas de la próstata.	8.6000	4.614	0.402	0.703
11. No hay cura para el cancer de próstata.	8.5923	4.569	0.441	0.698
12. La unica manera de detectar el cáncer de próstata tempranamente, cuando es mas curable, es a través del examen.	8.5923	4.476	0.503	0.689



PARTE B: PERCEPCION SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CANCER DE PRÓSTATA.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
0.803	0.825	21

“PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA Y SU PREVENCIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA EN EL AÑO 2013”



	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Siento que debería hacerme un chequeo de cáncer de próstata	56.03	34.402	0.604	.	0.779
Estoy en riesgo de tener cáncer de próstata	56.08	36.016	0.513	.	0.786
Yo debería haberme hecho un examen de sangre para el cáncer de próstata	55.97	34.836	0.637	.	0.778
A medida que envejezco, me siento mas en riesgo de tener cáncer de próstata	55.88	37.458	0.417	.	0.793
Los hombres de raza negra tienen una tasa mas alta de cáncer de próstata que los blancos	56.32	37.864	0.337	.	0.797
Debería haberme hecho un examen rectal para el cáncer de próstata	56.03	35.038	0.672	.	0.778
Siento que yo puedo mantenerme saludable si yo mismo cuido de mi salud	55.58	37.020	0.526	.	0.788
Si sigo el consejo de mi médico, puedo cuidar mejor mi salud	55.58	36.572	0.547	.	0.786
Yo siento que tengo control sobre mi cuerpo	55.75	36.268	0.514	.	0.787
Yo soy responsable de mi salud	55.48	36.810	0.553	.	0.787
Creo que hacerse el examen de sangre para el cáncer de próstata es seguro	55.92	36.125	0.684	.	0.781
Creo que hacerse un examen rectal para el cáncer de próstata es seguro	56.02	35.891	0.633	.	0.782
Confío en que hacerse una prueba de sangre será útil en la detección del cáncer de próstata	55.73	36.028	0.675	.	0.781
Confío en que hacerse un examen rectal será útil en la detección del cáncer de próstata	55.71	36.146	0.638	.	0.782
Creo que el que te hagan un examen rectal para el cáncer de próstata es fácil	56.52	37.988	0.279	.	0.800
Siento que hacerse una prueba de sangre para el cáncer de próstata es fácil	56.02	37.116	0.497	.	0.789
Yo no me haría un examen rectal porque es doloroso	56.12	40.589	-0.037	.	0.824
Tengo miedo de ser revisado para el cáncer de próstata porque tengo miedo de los resultados	56.47	41.755	-0.142	.	0.821
Creo que cualquier prueba para el cáncer de próstata es inútil porque no hay cura	57.02	41.209	-0.078	.	0.817
Yo no he tenido control para el cáncer de próstata ya que es vergonzoso	56.20	40.936	-0.067	.	0.826
Yo no me he chequeado para el cáncer de próstata ya que si se detecta y se trata, es posible que no se pueda tener relaciones sexuales por falta de erección del pene	56.65	42.151	-0.190	.	0.822

“PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA Y SU PREVENCIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA EN EL AÑO 2013”



ANEXO 3:

PORCENTAJE DE RESPUESTAS DE PERCEPCION SOBRE CANCER DE PROSTATA EN EL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2013

		N	%
1. Siento que debería hacerme un chequeo de cáncer de próstata	Totalmente en desacuerdo	8	6.2%
	En desacuerdo	34	26.2%
	De acuerdo	61	46.9%
	Totalmente de acuerdo	27	20.8%
	Total	130	100.0%
2. Estoy en riesgo de tener cáncer de próstata	Totalmente en desacuerdo	7	5.4%
	En desacuerdo	31	23.8%
	De acuerdo	77	59.2%
	Totalmente de acuerdo	15	11.5%
	Total	130	100.0%
3. Yo debería haberme hecho un examen de sangre para el cáncer de próstata	Totalmente en desacuerdo	5	3.8%
	En desacuerdo	29	22.3%
	De acuerdo	72	55.4%
	Totalmente de acuerdo	24	18.5%
	Total	130	100.0%
4. A medida que envejezco, me siento mas en riesgo de tener cáncer de próstata	Totalmente en desacuerdo	2	1.5%
	En desacuerdo	20	15.4%
	De acuerdo	87	66.9%
	Totalmente de acuerdo	21	16.2%
	Total	130	100.0%
5. Los hombres de raza negra tienen una tasa mas alta de cáncer de próstata que los blancos	Totalmente en desacuerdo	4	3.1%
	En desacuerdo	60	46.2%
	De acuerdo	59	45.4%
	Totalmente de acuerdo	7	5.4%
	Total	130	100.0%
6. Debería haberme hecho un examen rectal para el cáncer de próstata	Totalmente en desacuerdo	3	2.3%
	En desacuerdo	35	26.9%
	De acuerdo	74	56.9%
	Totalmente de acuerdo	18	13.8%
	Total	130	100.0%
7. Siento que yo puedo mantenerme saludable si yo mismo cuido de mi salud	Totalmente en desacuerdo	2	1.5%
	En desacuerdo	2	1.5%
	De acuerdo	85	65.4%
	Totalmente de acuerdo	41	31.5%
	Total	130	100.0%
8. Si sigo el consejo de mi médico, puedo cuidar mejor mi salud	Totalmente en desacuerdo	2	1.5%
	En desacuerdo	5	3.8%
	De acuerdo	78	60.0%
	Totalmente de acuerdo	45	34.6%
	Total	130	100.0%
9. Yo siento que tengo control sobre mi cuerpo	Totalmente en desacuerdo	2	1.5%
	En desacuerdo	18	13.8%
	De acuerdo	74	56.9%
	Totalmente de acuerdo	36	27.7%
	Total	130	100.0%
10. Yo soy responsable de mi salud	Totalmente en desacuerdo	2	1.5%
	En desacuerdo	0	0.0%
	De acuerdo	76	58.5%
	Totalmente de acuerdo	52	40.0%
	Total	130	100.0%

“PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA Y SU PREVENCIÓN EN EL PERSONAL ASISTENCIAL MASCULINO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA EN EL AÑO 2013”



11. Creo que hacerse el examen de sangre para el cáncer de próstata es seguro	Totalmente en desacuerdo	2	1.5%
	En desacuerdo	18	13.8%
	De acuerdo	96	73.8%
	Totalmente de acuerdo	14	10.8%
	Total	130	100.0%
12. Creo que hacerse un examen rectal para el cáncer de próstata es seguro	Totalmente en desacuerdo	3	2.3%
	En desacuerdo	28	21.5%
	De acuerdo	86	66.2%
	Totalmente de acuerdo	13	10.0%
	Total	130	100.0%
13. Confío en que hacerse una prueba de sangre será útil en la detección del cáncer de próstata	Totalmente en desacuerdo	2	1.5%
	En desacuerdo	8	6.2%
	De acuerdo	92	70.8%
	Totalmente de acuerdo	28	21.5%
	Total	130	100.0%
14. Confío en que hacerse un examen rectal será útil en la detección del cáncer de próstata	Totalmente en desacuerdo	2	1.5%
	En desacuerdo	8	6.2%
	De acuerdo	89	68.5%
	Totalmente de acuerdo	31	23.8%
	Total	130	100.0%
15. Creo que el que te hagan un examen rectal para el cáncer de próstata es fácil	Totalmente en desacuerdo	10	7.7%
	En desacuerdo	76	58.5%
	De acuerdo	35	26.9%
	Totalmente de acuerdo	9	6.9%
	Total	130	100.0%
16. Siento que hacerse una prueba de sangre para el cáncer de próstata es fácil	Totalmente en desacuerdo	2	1.5%
	En desacuerdo	28	21.5%
	De acuerdo	89	68.5%
	Totalmente de acuerdo	11	8.5%
	Total	130	100.0%
17. Yo no me haría un examen rectal porque es doloroso	Totalmente en desacuerdo	9	6.9%
	En desacuerdo	48	36.9%
	De acuerdo	42	32.3%
	Totalmente de acuerdo	31	23.8%
	Total	130	100.0%
18. Tengo miedo de ser revisado para el cáncer de próstata porque tengo miedo de los resultados	Totalmente en desacuerdo	12	9.2%
	En desacuerdo	57	43.8%
	De acuerdo	60	46.2%
	Totalmente de acuerdo	1	0.8%
	Total	130	100.0%
19. Creo que cualquier prueba para el cáncer de próstata es inútil porque no hay cura	Totalmente en desacuerdo	38	29.2%
	En desacuerdo	75	57.7%
	De acuerdo	17	13.1%
	Totalmente de acuerdo	0	0.0%
	Total	130	100.0%
20. Yo no he tenido control para el cáncer de próstata ya que es vergonzoso	Totalmente en desacuerdo	12	9.2%
	En desacuerdo	47	36.2%
	De acuerdo	45	34.6%
	Totalmente de acuerdo	26	20.0%
	Total	130	100.0%
21. Yo no me he chequeado para el cáncer de próstata ya que si se detecta y se trata, es posible que no se pueda tener relaciones sexuales por falta de erección del pene	Totalmente en desacuerdo	14	10.8%
	En desacuerdo	78	60.0%
	De acuerdo	36	27.7%
	Totalmente de acuerdo	2	1.5%
	Total	130	100.0%

ANEXO 4:

COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE LA ESCALA DE PERCEPCION CON ESTUDIO DE EDWARDS Y MOORE Y BOYLE

CONSTRUCTOS	CHAVEZ (2013)		MOORE Y BOYLE (2002)		EDWARDS (2002)	
	RANGOS/M	DS	RANGOS/M	DS	RANGOS/M	DS
AMENAZAS PERCIBIDAS	1-4/2.83	0.66	1.67 - 4.00/3.40	0.51	1-4/3.6	0.50
BENEFICIOS PERCIBIDOS EDR	1.2-4/2.82	0.46	2.20 - 4.00/3.50	0.48	1.2-4/ 3.47	0.54
BENEFICIOS PERCIBIDOS PSA	1.2-4/2.94	0.42	2.40-4.00/3.53	0.43	2-4/3.60	0.44
BARRERAS PERCIBIDAS	1-3.4/2.36	0.54	1.60-4.00/3.56	0.60	1-4/3.42	0.58
AUTOEFICACIA	1-4/3.25	0.53	2.00-4.00/3.34	0.53	1-4/3.42	0.57