

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



PROYECTO DE TESIS

**“FUNCION SEXUAL, CREENCIAS y ACTITUDES EN PACIENTES
CON HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE
TACNA. 2010-2014”**

PRESENTADO POR : Edwin Mamani Jarro

ASESOR : Dr. Juan Manuel Cánepa Yzaga

TACNA, 2015

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

- 1.1 Fundamentación del Problema
- 1.2 Objetivos de la Investigación
- 1.3 Justificación

CAPITULO 2 REVISIÓN DE LA LITERATURA.

- 2.1 Antecedentes de la investigación
- 2.2 Marco teórico

CAPITULO 3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

- 3.1 Hipótesis
- 3.2 Operacionalización de las variables

CAPITULO 4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

- 4.1 Diseño
- 4.2 Población y muestra.
 - 4.2.1 Criterios de Inclusión
 - 4.2.2 Criterios de Exclusión
- 4.2 Instrumentos de Recolección de datos.

CAPITULO 5 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.

PRESUPUESTO

CRONOGRAMA

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La sexualidad ha sido incluida como parámetro de salud general, permite que sea abordada con mayor confianza por parte del personal de salud y facilite la interacción con el paciente. La mayoría de las disfunciones sexuales tienen una etiología multifactorial y determinadas enfermedades crónicas. La hipertrofia benigna de próstata puede ser causa condicionante y, en ocasiones, determinante de la disfunción sexual en el hombre, siendo la disfunción eréctil una de las patologías más prevalentes. En todo paciente prostático se debe evaluar la función sexual en el momento del diagnóstico y tras la introducción de nuevos fármacos, ya que la disfunción eréctil afecta claramente a la calidad de vida y su aparición compromete la adhesión al tratamiento o de afluencia al servicio. No hay muchos estudios epidemiológicos publicados sobre disfunción sexual en hombres y mucho menos en aquellos con patología prostática. Desafortunadamente no disponemos de suficientes trabajos dirigidos a reconocer la afectación de las otras fases de la respuesta sexual lo cual es achacable, entre otras causas, a la falta de instrumentos diagnósticos. Para los varones la publicación del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) supuso un importante avance al convertirse en una herramienta validada, de empleo común a muchos estudios y útil tanto para facilitar el diagnóstico individualizado como para el desarrollo de estudios epidemiológicos. En nuestro medio no se ha estratificado su uso por patologías, cuestión que el presente trabajo pretende hacer en el grupo de pacientes con diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata. Asimismo proponemos su relación con creencias y actitudes propias de cada persona y que, generalmente son las principales variables asociadas a veces a una mala percepción de la enfermedad.

CAPITULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

La HPB es una patología común en la población masculina de edad avanzada. Aparece en el 25 % de hombres entre 40 y 50 años 50% entre 50 y 60 años y 80% entre 70 y 80 años¹.

La etiología de hiperplasia benigna prostática (HPB) es multifactorial. Actualmente, se reconocen dos factores: la edad y la presencia de andrógenos. No obstante, se sospecha que puede haber otros factores involucrados en este proceso². Se estima que la dieta puede contribuir con el 35% de todos los tumores humanos³. En un estudio de la *American Journal of Epidemiology* en el 2004, las asociaciones con problemas prostáticos fueron más homogéneas, sugiriendo una relación con las grasas saturadas pero no con los ácidos linoleicos, poliinsaturados, a-linolénicos, eicosapentaenoicos y docosahexaenoicos⁴. La hiperplasia prostática benigna (HPB) es el crecimiento benigno de los componentes glandulares y estromales de la zona transicional y de las glándulas periuretrales de la próstata en ausencia de cáncer. Con respecto a la hiperplasia benigna prostática (HBP) o aumento del tamaño

¹ The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858>

² Floriano-Sánchez E, Castro-Marín M, Cárdenas-Rodríguez N. Marcadores moleculares relacionados con cáncer de próstata: 3-nitrotirosina y expresión génica y protéica de la Mn-superóxido dismutasa (Mn-SOD). *Arch Esp Urol Ed Impresa*. noviembre de 2009;62(9):702-11.

³ Crawford ED. Epidemiology of prostate cancer. *Urology*. diciembre de 2003;62(6):3-12.

⁴ Abate-Shen C, Shen MM. Molecular genetics of prostate cancer. *Genes Dev*. 10 de enero de 2000;14(19):2410-34.

de la próstata, enfermedad crónica que se abordará en este estudio, algunas investigaciones plantean que es la enfermedad predominante en los hombres mayores de incidencia de síntomas probablemente en aumento en el nuevo milenio. Martínez⁵ ya en 1998 plantea que hay estudios recientes, los cuales adelantan la aparición de la HBP a los 35 años de edad. Asimismo, la hiperplasia prostática es conocida por los efectos negativos en la calidad de vida de uno a tres hombres de 50 años de edad. Los costos anuales en función de los cuidados médicos y cirugía para esta condición, sólo en los Estados Unidos, superan los 2 mil millones de dólares, con 1.7 millones de consultas médicas y 300 mil cirugías cada año según OMS/OPS⁶.

La disfunción eréctil (DE) es una condición médica de alta prevalencia a nivel mundial que se incrementa con la edad. The National Health and Social Life Survey documentó una prevalencia de DE en el 31% de varones entre los 18 y 59 años; el Massachusetts Male Aging Study, de 52% y el estudio de DENSA de 53,4%. Así mismo, la DE repercute en la calidad de vida del paciente y en su pareja⁷.

Desde este contexto, surge la pregunta si hay asociación entre la próstata y la impotencia o disfunción sexual. Rosenfeid dice que si bien existe una creencia generalizada al respecto, se puede determinar que no hay tal relación

⁵ Chisholm GD. Benign prostatic hyperplasia: the best treatment. BMJ. 22 de julio de 1989;299(6693):215-6.

⁶ Home - Pan American Health Organization [Internet]. 2015 [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.paho.org/hq/?lang=es>

⁷ Wespes E, Amar E, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, Montorsi F, Pryor J, et al. EAU Guidelines on erectile dysfunction: an update. Eur Urol. mayo de 2006;49(5):806-15.

directa de causa-efecto. Una persona, al sufrir de una prostatitis, inflamación, congestión y experimentar ardor, dolor o trastornos urinarios, también puede sentir inhibida su capacidad eyaculatoria, siendo ésta consecuencia del dolor y no por acción directa de la próstata sobre los mecanismos erectivos. Más allá de lo descriptivo, no hay correlación con la respuesta erectiva, al punto que muchos sujetos con extracción de la próstata continúan teniendo erecciones sin dificultad. En cambio, otros operados de próstata pueden presentar cuadros de disfunción eréctil⁸.

⁸ Stefano Vinaccia, Hamilton Fernández, Fanny Sierra, Mery Monsalve y Erika Janeth Cano. “Creencias asociadas a la hiperplasia benigna de prostata”. Texto completo - Dialnet [Internet]. [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://paperzz.com/doc/318285/texto-completo---dialnet>

1.3 Objetivos de la Investigación

Objetivo General:

Identificar las características de la función sexual, creencias y actitudes en pacientes con hiperplasia benigna de próstata atendidos en el servicio de urología del Hospital Hipólito Unanue De Tacna. 2010-2014

Objetivos específicos:

1. Identificar las características de prostatismo en pacientes con diagnóstico de hipertrófia benigna de próstata y sus principales características sociodemográficas en pacientes con hiperplasia benigna de próstata atendidos en el servicio de urología del Hospital Hipólito Unanue De Tacna. 2010-2014
2. Identificar las principales creencias y actitudes frente a la Hipertrófia de próstata en pacientes con hiperplasia benigna de próstata atendidos en el servicio de urología del Hospital Hipólito Unanue De Tacna. 2010-2014
3. Determinar la función sexual a través de la medición del test IIEF-5 (disfunción eréctil) de los pacientes con el diagnóstico de hipertrofia benigna de próstata y su asociación con sus principales creencias y actitudes.
4. Identificar que comorbilidades presentan los pacientes con hiperplasia benigna de próstata

atendidos en el servicio de urología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2010 - 2014

1.4 Justificación

En las últimas décadas, las investigaciones sobre enfermedades crónicas han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas dolencias, como por su carácter permanente que obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo cual implica reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos. La Hiperplasia Benigna de la Próstata (HBP) es una entidad histopatológica caracterizada por un crecimiento fibromioadenoso de la glándula prostática que se manifiesta clínicamente con los síntomas conocidos como prostatismo. Los síntomas de la HPB afectan mucho la calidad de vida de los pacientes. Hay estudios⁹ que valoran la calidad de vida con el instrumento SF-36 pero este evalúa las siguientes ocho dimensiones: Función Física (limitaciones físicas), Rol Físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), Dolor Corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), Salud General (valoración personal de la salud), Vitalidad (sentimiento de energía), Función Social (interferencia en la vida social habitual), Rol Emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias) y Salud Mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta) pero no incluye la función sexual como

⁹ Vinaccia S, Quiceno JM, Fonseca P, Fernández H, Tobón S. QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH AND ITS IMPACT ON COGNITIONS ABOUT THE DISEASE IN PATIENTS WITH PROSTATE HIPERPLASIA. Acta Colomb Psicol. diciembre de 2006;9(2):47-56.

pretende el siguiente estudio. Asimismo es objeto también de la siguiente investigación desarrollar una revisión sobre el papel de las creencias asociadas a la hiperplasia prostática benigna y la función sexual masculina. Se evaluarán aspectos cognitivos comportamentales y actitudinales que se relacionan con creencias irracionales con respecto a esta enfermedad y la función sexual cuya prevalencia epidemiológica es cada vez más fuerte en la población masculina.

CAPITULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación

Melón y colaboradores, en su estudio analizó la disfunción eréctil en pacientes prostatectomizados utilizando la técnica retropúbica modificada aplicada en el HRDT en comparación con la técnica Transvesical aplicada en el HBT. Comparó la prevalencia de Disfunción eréctil como complicación postoperatoria en pacientes prostatectomizados por HBP utilizando la técnica retropúbica modificada aplicada en el HRDT vs la técnica transvesical aplicada en el HBT. Realizó un estudio descriptivo transversal, en pacientes adultos prostatectomizados utilizando la técnica Retropúbica modificada aplicada en el HRDT y la técnica Transvesical aplicada en el HBT. Se estudió un total 70 casos, de los cuales el 35 fueron prostectomizados utilizando la técnica transvesical aplicada en el HBT y 35 fueron prostectomizados utilizando la técnica retropúbica modificada aplicada en el HRDT. El grupo etario más frecuente es de 64 - 69años (27.1%). Las edades extremas fueron 55 y 77 años, con una edad media de 67.3 años. Los antecedentes patológicos más frecuentes fueron la Hipertensión arterial (34.7%) y la osteo-artrosis. Se encontró un total de 43 pacientes con disfunción eréctil delos cuales 26 fueron prostatectomizados utilizando la técnica transvesical y 17 fueron prostatectomizados utilizando la técnica retropúbica. Del total de pacientes con Disfunción eréctil, 19 presentaron DE leve (44.2%), 16

tuvieron DE moderada (37.2%) y 8 con DE severa (18.6%).¹⁰

En una investigación realizada por Vallancien y Colaboradores, del Departamento de Urología del Instituto Mutualiste Montsouris de París (Francia), se evaluó la función sexual (la predominancia de disfunción eréctil y eyaculatoria) en 1.274 hombres con síntomas del tracto urinario inferior. Los resultados mostraron que la disfunción eréctil, la reducción de la eyaculación y el dolor en la eyaculación fueron reportadas por el 62%, 63% y 23%, respectivamente, de los hombres. La reducción de la eyaculación fue significativamente relatada por edad (40% en menores de 60 años y 80% en mayores de 70 años). En conclusión, la disfunción eréctil y la reducción de la eyaculación son predominantes en hombres con HBP.¹¹

También Schulman, del Departamento de Urología del Hospital Erasme de la Clínica Universitaria de Bruselas (Bélgica), plantea que la hiperplasia prostática benigna (HPB) puede tener un profundo efecto en la calidad de vida y la función sexual de un paciente y es considerado por los pacientes a ser uno de los aspectos más importantes afectados por la enfermedad. Diferentes tratamientos pueden producir una respuesta variable en términos de calidad de vida del paciente, incluyendo la actividad sexual

¹⁰ Melón Rodríguez E. Disfunción eréctil en pacientes prostatectomizados utilizando la técnica retropúbica modificada aplicada en el HRDT en comparación con la técnica transvesical aplicada en el HBT. [Internet] [Thesis]. Universidad Nacional de Trujillo; 2013 [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://dspace.unitru.edu.pe:8080/xmlui/handle/123456789/288>

¹¹ Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJA, Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. J Urol. junio de 2003;169(6):2257-61.

y la satisfacción. Se han reportado tasas variables de disfunción eréctil (DE) y la eyaculación retrógrada después de la cirugía para la HPB. En general, la incidencia de estos efectos secundarios es menor después de las terapias mínimamente invasivas, como la coagulación con láser intersticial y la terapia transuretral con microondas, pero los datos disponibles son limitados. Las tasas más bajas de la disfunción sexual son reportados con las terapias médicas. El 5 alfa-reductasa inhibidor, finasteride, puede dar lugar a la disfunción eréctil en 5 - 9% de los pacientes y los trastornos de la eyaculación en el 0,8 - 2,0%. Con la excepción de la tamsulosina, alfa1bloqueadores están asociados con una tasa baja de la disfunción sexual. No hay casos de disfunción eréctil se han reportado con alfuzosina y la eyaculación anormal con terazosina o alfuzosina es despreciable. De hecho, las primeras investigaciones sugieren un efecto beneficioso de alfa1bloqueantes sobre la función sexual. Además de la información sobre la eficacia de una terapia en particular, los pacientes deben ser informados de los efectos secundarios, en particular las relativas a la función sexual, con el fin de que puedan tomar decisiones informadas sobre el tratamiento.¹²

Wei y colaboradores, “Correlación entre la micción y la función eréctil en pacientes con hiperplasia prostática benigna sintomática”. En este estudio, que tuvo como objetivo evaluar la relación entre la función miccional y eréctil (FE) mediante la Asociación Americana de Urología Índice de Síntomas (AUA-SI) y el Índice Internacional de

¹² Schulman C. Impact of treatment of BPH on sexuality. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2001;4(S1):S12-6.

EF (IIEF-15) en pacientes con hiperplasia prostática benigna (HPB). Métodos: entre marzo de 2001 enero de 2002, 50 hombres (edad 43-92 años) con HBP sintomática fueron incluidos en el estudio. Completaron la AUA-SI y IIEF-15 cuestionarios. También se evaluó una pregunta adicional acerca de la disfunción eréctil subjetiva (ED). Puntuaciones AUA-SI se dividieron en 3 categorías (irritativos, obstructivos, y en total), y se dividieron IIEF-15 puntajes en 6 categorías (EF, función orgásmica [DE], el deseo sexual [SD], la satisfacción de las relaciones sexuales [ES], en general satisfacción [OS], y total). Resultados: irritativos, obstructivos y las puntuaciones totales AUA-SI fueron de $7,8 \pm 3,7$, $8,4 \pm 5,6$ y $16,3 \pm 8,2$, respectivamente. Las puntuaciones en las 6 categorías del cuestionario IIEF-15 fueron los siguientes: EF, $12,1 \pm 10,1$; DE, $3,7 \pm 3,8$; SD, $4,4 \pm 2,0$; IS, $4,5 \pm 4,4$; OS, $4,4 \pm 2,6$; y total, $29,4 \pm 22,2$. No hay correlación, recordado entre AUA-SI y IIEF-15 puntuaciones. Además, no se observó significación estadística, ya sea entre AUA-SI y IIEF-15 la gravedad, o entre AUA-SI y EF severidad. Entre 22 pacientes que informaron la ausencia de ED, 17 (77%) tenían un dominio-EF puntuación de menos de 26. La edad media de los pacientes con, frente a los que no tienen, DE fue significativamente mayor. Conclusión: La micción y EF, evaluada mediante los cuestionarios AUA-SI y IIEF-15, respectivamente, no están correlacionados en pacientes con BPH.¹³

¹³Wei-Jung Huang¹, Kuang-Kuo Chen, Luke S. Chang. “Correlación entre la micción y la función eréctil en pacientes con hiperplasia prostática benigna sintomática”. J Chin Med Assoc • April 2005 • Vol 68 • No 4 [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://homepage.vghtpe.gov.tw/~jcma/68/4/178.pdf>

Gomes, investigó aspectos de la sexualidad masculina que, si no se tratan adecuadamente, pueden poner en peligro la salud humana. En cuanto al método, se es utilizado el ensayo, la comprensión de una modalidad como un ejercicio crítico de búsqueda, exploración, de un sujeto u objeto de la meditación. La discusión comienza con una reflexión sobre la cuestión de por qué hablar de la sexualidad masculina y la salud humana? Entonces, la sexualidad, la hombría y la crisis se ponen en debate. En este debate, las tensiones que surgen se destacan de las normas tradicionales de la identidad masculina y la posibilidad de vivir nuevas formas de ser hombre. En la tercera parte del estudio se centra en la prevención del cáncer de próstata como el espacio en el que se reflejan las cuestiones relacionadas con la sexualidad masculina. Reflexiones del imaginario social de la identidad sexual masculina puede hacer el tacto rectal, medida preventiva de este tipo de cáncer, una situación al menos embarazoso. En la conclusión, a la necesidad de promover más estudios con hombres de diferentes profesionales sociales y de salud y, desde allí, caminando en la producción de conocimiento que puede dotar a las prácticas de salud.¹⁴

Fourcade y colaboradores, “Hipertrofia benigna de la próstata”, afirman que la hipertrofia benigna de la próstata, enfermedad muy frecuente en el hombre de edad avanzada, afecta tanto al estroma como al epitelio de la glándula prostática. Se debe a un desequilibrio entre el crecimiento y la apoptosis celular por mecanismos aún no totalmente

¹⁴ Gomes R. “La discusión acerca de la sexualidad masculina y la salud de los hombres”. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. enero de 2003;8(3):825-9.

determinados. Tampoco se conocen perfectamente las relaciones entre los síntomas y la obstrucción urodinámica y no se tiene claro su papel en la función sexual cuando se ve afectada, puesto que resulta imposible discernir con claridad en qué medida influyen los fenómenos estáticos (aumento de volumen) y cuánto los dinámicos (acción de los α 1-receptores). Esto explica la diversidad de tratamientos y la dificultad para indicarlos según una escala que va desde la abstención terapéutica con controles periódicos hasta la cirugía.¹⁵

Avilés y colaboradores, “Patrón sexualidad inefectivo en valoración inicial de pacientes urológicos”, tras un primer estudio de 52 valoraciones realizadas al ingreso de pacientes urológicos, acogidos al modelo de M. Gordon, observó que el 70% de las valoraciones omitían el patrón sexualidad. A continuación se llevó a cabo estudio descriptivo sobre la función eréctil en pacientes que iban a ser intervenidos de alguna patología prostática, el estudio indicó que el 90% de los pacientes sometidos a estudio tienen una disfunción eréctil severa. Con estos estudios nos damos cuenta de la importancia de la valoración del patrón sexualidad en especial en los pacientes urológicos, para poder planificar intervenciones futuras con el paciente.¹⁶

Silva y Colaboradores, evaluaron a 262 personas de 70 años (110 mujeres y 252 hombres) no recluidas en centros

¹⁵ Fourcade RO, Tahan H. Hipertrofia benigna de la próstata. EMC - Urol. 2002;34(1):1-14.

¹⁶ AVILÉS GARRIDO, O.; FERNÁNDEZ ROMANA, M.J.; ROMERO MORA, O.; GARCÍA MARTÍNEZ, M.J.; ALONSO MORENO, E.; RAMOS SUÁREZ, JOSÉ M. “Patrón sexualidad inefectivo en valoración inicial de pacientes urológicos”. núm. 115. julio/agosto/septiembre 2010. pdf [Internet]. [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.index-f.com/dce/15pdf/15-256.pdf>

geriátricos, con actividad funcional adecuada, mediante un cuestionario que incluyó preguntas del estudio “The Pfizer report on sexual health in the second half of life final”, el IIFE (índice internacional de la función eréctil) y el FSF (índice de función sexual femenina). Se calificó el deseo, las actitudes y la actividad sexual además de los datos demográficos y las patologías asociadas. Observó que más del 50% tienen relaciones sexuales regulares, con diferencia de que el deseo sexual es menor en mujeres que en hombres. Algo similar ocurre con la aparición de fantasías sexuales. El grado de satisfacción con la condición actual es mayor en mujeres; lo que coincide con el bajo deseo sexual que predomina en el sexo femenino. Se encontró que más del 50% de los hombres tienen actitudes sexuales positivas a diferencia de las mujeres que alcanzan solamente un 22%. Concluye que La edad no es un impedimento para sostener comportamientos sexuales, pero se asocia a la aparición de disfunción eréctil y deseo sexual hipoactivo. En este estudio se demuestra que las personas mayores mantienen actitudes sexuales en un alto porcentaje, aún más, que el demostrado para la actividad sexual; lo que hace a esta población susceptible de recibir los tratamientos disponibles hoy, con el fin de mejorar la calidad de vida.¹⁷

¹⁷ José Miguel Silva H., David Ramírez C. José Miguel Silva H., David Ramírez C. “Comportamiento sexual en la población mayor de 70 años”. Publicación de la Sociedad Colombiana de Urología. Volumen XV. Primeras páginas - abril-2006.pdf [Internet]. [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.urologiacolombiana.com/revistas/pdf/abril-2006.pdf#page=64>

2.2 Marco teórico

La hiperplasia benigna prostática (HBP) afecta la próstata del hombre, glándula que forma parte del sistema reproductor masculino y se encuentra ubicada en la parte anterior del recto justo bajo la vejiga, y cuya función principal está relacionada con la agregación de líquido a la uretra a medida que los espermatozoides se desplazan durante el orgasmo sexual; de modo que el líquido ayuda a transportar y a nutrir los espermatozoides. Mientras los hombres envejecen la glándula prostática crece lentamente. Al crecer, la glándula prostática puede causar presión en la uretra y llevar a que el flujo de orina sea más lento y débil. La palabra benigna se refiere al crecimiento del órgano porque no tiene su origen en el cáncer o en infección; sin embargo es posible que un hombre padezca HBP y cáncer a la vez.¹⁸

La hiperplasia benigna prostática ocurre casi universalmente en los hombres maduros y ancianos, al parecer como parte del proceso de envejecimiento, aunque no siempre origina problemas. Sus causas no se comprenden del todo en la actualidad, pero la enfermedad sin duda está relacionada de alguna forma con el equilibrio o el metabolismo hormonal. El aumento relativo de los estrógenos sobre la testosterona ocasiona un desequilibrio que estimula la producción de factores de crecimiento celular, originando un aumento en el tamaño de la glándula que puede ser variable dependiendo de otros factores. A diferencia de otras dolencias silenciosas, que en ocasiones

¹⁸ OMS. "Informe mundial sobre la discapacidad". 2011. [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf

sólo se manifiestan cuando está muy avanzada la enfermedad, la próstata comienza a dar señales de alarma para avisar a la persona que está creciendo. Estas señales (dificultad para orinar o para iniciar la micción, chorro urinario débil, necesidad de orinar frecuentemente y por la noche, sensación de vaciado incompleto, necesidad de apretar para conseguir vaciar la vejiga, goteo de orina al acabar; sensación imperiosa de orinar) se incrementan con el paso del tiempo y es importante atenderlas a la mayor brevedad para tratarlas sin mayores complicaciones.

Factores de Riesgo de HBP

Con respecto a los factores de riesgo, Uribe¹⁹ plantea que las investigaciones acerca de la próstata son incesantes y, aunque los estudios sobre los factores asociados a la patología no son concluyentes, se considera que la incidencia de hiperplasia prostática se incrementa dramáticamente con la edad y la presencia de testículos funcionales. Sin embargo, la edad no puede considerarse en sí misma un factor de riesgo. Otros factores de riesgo son los genéticos, ello se evidencia en los estudios de Sanda (1994), citado por Uribe, los cuales han demostrado un componente genético inherente a la HBP que parece ser del tipo autonómico dominante. También es conocida la baja incidencia de HBP entre los asiáticos, con tasas del 7% o menos, comparada con otros grupos étnicos. Además, se ha

¹⁹Juan Fernando Uribe Arcila. "La bioquímica del antígeno específico de próstata (AEP) y sus fracciones". *Medicina & Laboratorio* 2008, 14: 153-166. [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2008/myl083-4d.pdf>

asociado la HBP con estilos de vida. Al respecto, Gass²⁰ en 2002, del Instituto de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Zurc  (Suiza), llevó a cabo una investigación sobre los efectos opuestos del alcohol y el café en la prolongación y severidad de la hiperplasia benigna prostática con 882 hombres de 65, 70, 75 y 80 años de edad. Se evaluaron variables como la edad, educación profesional y el estilo de vida; y concluyendo, que el consumo de alcohol, cigarrillo y café puede estar involucrado en la patofisiología de la HBP. Sin embargo, son necesarios estudios epidemiológicos para evaluar que el no consumo de éstos evita el riesgo de HBP.

Medición de la función sexual (Función eréctil)

Con la finalidad de diagnosticar y conocer el grado de DE, Rosen et al, formularon el  ndice Internacional de Función Eréctil (IIFE). Su elaboración comprendió la selección de las preguntas, la evaluación cultural y ling stica, la fiabilidad, validez de constructo y respuesta al tratamiento. El IIFE consta de 15 preguntas que abarcan: función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción con la relación sexual y satisfacción global. Además, demuestra alta sensibilidad y especificidad para detectar los cambios en la función eréctil como respuesta al tratamiento. El grado de DE se califica de 0 a 30 puntos; entre 6 a 10: severa, entre 11 a 16: moderada, entre 17 a 25: leve y desde 26 a 30 no existe DE. El IIEF fue originalmente escrito en

²⁰ Gass R. Benign prostatic hyperplasia: the opposite effects of alcohol and coffee intake. BJU Int. 1 de noviembre de 2002;90(7):649-54.

inglés y posteriormente validado en doce países y diez idiomas, incluido el español²¹.

Creencias y actitudes

Según Xochipiltecatl (citado por Uribe), existen realmente muchas creencias y falacias en tomo a la próstata, su revisión y los problemas relacionados con ella antes de visitar al urólogo. Dichas creencias son las causantes de descubrimientos tardíos de afecciones prostáticas que, tal vez tratadas tempranamente podrían haberse controlado. Es precisamente ese tabú el que explica que aun cuando un individuo presente síntomas los ignore y, por supuesto, postergue al máximo la visita al médico.

Los temores o inhibiciones que puedan experimentar los hombres para llevara cabo la revisión médica pueden estar relacionados con las creencias que se tengan con respecto a la enfermedad. La cultura es ese todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre de una sociedad. De ahí que, aunque las creencias se forman a partir de las ideas que se confirman o se cree confirmar a través de la propia experiencia personal de lo que se ha vivido, se desarrollan, transmiten y mantienen a través de la experiencia del grupo social que la práctica. Además, estas afectan la percepción que se tiene de sí mismo, los demás, las cosas y situaciones que rodean a una persona. Rokeach²² define una creencia como: «Una proposición simple, consciente o inconsciente,

²¹ Lojanapiwat B, Weerusawin T, Kuanprasert S. Erectile dysfunction as a sentinel marker of endothelial dysfunction disease. Singapore Med J. julio de 2009;50(7):698-701.

²² Home - Pan American Health Organization [Internet]. [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.paho.org/hq/?lang=es>

inferida de lo que la persona dice o hace, que puede ir precedida de la frase: .yo creo que....”. “El contenido de una creencia puede descubrir un objeto o situación como verdadero o falso, valorarlo como bueno o malo, o recomendar un determinado curso de acción como deseable o indeseable. Sea o no el contenido de una creencia como descriptivo, valorativo o recomendativo”.

Toda creencia es, entonces, una predisposición a la acción; mientras una actitud es un conjunto de predisposiciones para la acción relacionada entre sí y organizada en torno a un objeto o situación. Es importante anotar que las creencias que se relacionan con la salud y la enfermedad están bien arraigadas, por lo general, con el entorno cultural. Por lo tanto, hay creencias que se consideran erradas desde la perspectiva de la ciencia, aunque sean lógicas y útiles en la vida cotidiana de las personas que las sostienen⁽¹⁶⁾. Las creencias se diferencian de los conocimientos por su componente evaluativo y por tener unas funciones psicológicas: representación, valoración y control. «Las creencias representan los componentes primordiales de las actitudes; ellas le asignan al objeto o a la situación actitudinal un atributo positivo o negativo. Al igual que las actitudes, las creencias pueden ser descompuestas en sus elementos cognoscitivos, afectivos y conductuales». El componente cognoscitivo representa el conocimiento acerca de lo que una persona cree que es verdadero o falso, bueno o malo, deseable o indeseable. El componente afectivo se refiere a la creencia de provocar afectos referentes al objeto de la misma, a individuos o grupos que adoptan una posición determinada frente a ella o a la creencia misma. El

componente conductual representa la creencia de activar determinados comportamientos en circunstancias definidas.

Próstata y Sexualidad

La sexualidad para Álzate²³ es un elemento crucial en la vida del ser humano, que implica tener en cuenta «un conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas, comportamentales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual humana» y alrededor de la cual se han tejido diversas creencias y mitos. Asimismo, el concepto de sexualidad, ha sido objeto de múltiples interpretaciones, y en las diferentes definiciones existe un común denominador, se sustentan en la función que se le asigne. De esta manera, para algunos prima la reproducción, para otros el placer y para los demás la comunicación. Sin embargo, estas funciones no son excluyentes entre sí.

De acuerdo a Harrison²⁴, muchas personas están convencidas que más allá de los 40 ó 50 años la actividad sexual no tiene cabida, porque simplemente decae con la edad o hay una manifestación discordante con la edad. La sociedad de consumo enseña que el sexo es para los jóvenes. De ahí que, los mitos y tabúes acerca de los hombres de edad avanzada, en la etapa del climaterio, se escuchan con frecuencia y reafirman estereotipos falsos que se tienen en cuanto a la vivencia de la sexualidad del hombre adulto. Además, como plantea Harrison, es de

²³ Francoeur RT, Noonan RJ. The Continuum Complete International Encyclopedia of Sexuality. A&C Black; 2004. 1437 p.

²⁴ 00_FM_vol_I_HARRISON.indd - tabla_contenido.pdf [Internet]. [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.mcgrawhill.com.mx/harrison18/tabla_contenido/tabla_contenido.pdf

tener en cuenta las visiones reproductoras de la sexualidad, donde el único objetivo del acercamiento sexual es tener hijos, y el placer o la autoestima no juegan un papel importante. Debido a estas visiones, se ha generalizado la idea que una mujer o un hombre mayores no deben pensar en el sexo, pues ya no pueden reproducirse. Es muy común en personas de edad avanzada, la inhibición del deseo sexual, la aparición de disfunciones e incluso la abstención de la relación sexual. Lo anterior se debe más a prejuicios, creencias o mitos, producto de la desinformación, que a los mismos problemas físicos.

Afirma Giraldo²⁵ que la edad madura avanzada se caracteriza, en la cultura occidental, por la preocupación del individuo de mantener su estatus afectivo, su relación conyugal y su capacidad sexual, especialmente en el hombre. Para este autor, tanto hombres como mujeres pueden conservar su capacidad sexual hasta pasados los 90 años de edad; sin embargo, el hombre suele ser más vulnerable que la mujer.

Un 25% de los hombres en la edad avanzada necesitan cirugía prostática y otro 25% algún tratamiento por inflamación de la próstata. La cirugía más común no afecta la potencia sexual. Solamente la cirugía perineal usada en casos extremos, puede producir impotencia. La mayoría de la veces la impotencia que sigue a la cirugía es de origen psicológico y puede evitarse con una buena preparación del paciente.

²⁵ Rabinovich J. "Educación Sexual Desde La Primera Infancia". Noveduc Libros; 2006. 100 p.

CAPITULO 3

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio observacional no llevará hipótesis.

3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADORES	CATEGORIZACIÓN	ESCALA
Edad del Paciente	Edad Cronológica	1. 40 – 49 años 2. 50 – 59 años 3. 60 – 69 años 4. 70 – 79 años 4. > 79 años	Ordinal
Estado Civil	Entrevista	1. Soltero 2. Casado 3. Conviviente 4. Divorciado 5. Viudo	Nominal
Nivel de Instrucción	Grado Alcanzado	1. Analfabeto 2. Primaria Incompleta 3. Primaria Completa 4. Secundaria Incompleta 5. Secundaria Completa 6. Superior Incompleta 7. Superior Completa	Nominal
Signos y Síntomas actuales	Entrevista domiciliaria personalizada	Obstructivos: 1. Menor fuerza y calibre del chorro 2. Dificultad para iniciar la micción 3. Goteo postmiccional 4. Sensación de vaciado incompleto	Nominal

		5. Micción entrecortada 6. Ocasional incontinencia urinaria 7. Retención urinaria Irritativos: 1. Urgencia miccional 2. Disuria 3. Nicturia 4. Polaquiuria 5. Dolor suprapúbico 6. Escapes de orina Tenesmo vesical	
Función sexual	Test de función sexual IIEF-5	1. Disfunción leve 2. Disfunción Moderada 3. Disfunción Severa	Nominal
Creencias y Actitudes	Cuestionario tipo Likert	1. Actitud favorable 2. Actitud indiferente 3. Actitud Negativa Creencias: frecuencias y proporción de opiniones	Nominal
Comorbilidades	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	1. Diabetes Mellitus 2. Hipertensión arterial 3. Cirrosis 4. otras	Nominal

CAPITULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.3 Diseño

Estudio observacional de corte transversal analítico y prospectivo.

4.4 Población y muestra.

La muestra será de tipo intencionada considerando al 100% de varones con el diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata con datos confirmados por la Unidad de Estadística y que hayan sido atendidos entre los años 2010 al 2014. Cabe señalar que se considerará a los pacientes con el diagnóstico referido o que se encuentran en etapa post quirúrgica.

4.4.1 Criterios de Inclusión

1. Varones con diagnóstico de Hiperplasia benigna de próstata
2. Con actividades normales de desempeño de las actividades rutinarias
3. Procedentes de la ciudad de Tacna.
4. Desean colaborar con la investigación voluntariamente.
5. Pacientes no necesariamente operados en el servicio en estudio. Pudieron ser operados en otro medio, pero atendidas en el servicio en cuestión, para fines de la pesquisa.

6. Pacientes con comorbilidades además del diagnóstico de Hiperplasia Benigna de próstata.

4.4.2 Criterios de Exclusión

1. Varones en primeros 6 meses post cirugía prostática.
2. Paciente que no desee colaborar con la investigación.

4.2 Instrumentos de Recolección de datos. (ver anexos)

Determinación de la función sexual

Con la finalidad de diagnosticar y conocer el grado de DE, Rosen et al. Formularon el Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE). Su elaboración comprendió la selección de las preguntas, la evaluación cultural y lingüística, la fiabilidad, validez de constructo y respuesta al tratamiento. El IIFE consta de 15 preguntas que abarcan: función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción con la relación sexual y satisfacción global. Además, demuestra alta sensibilidad y especificidad para detectar los cambios en la función eréctil como respuesta al tratamiento²¹.

El grado de DE se califica de 0 a 30 puntos:

- entre 6 a 10: severa,
- entre 11 a 16: moderada,
- entre 17 a 25: leve y desde
- entre 26 a 30 no existe DE.

Determinación de la actitud y creencias: Se realizara mediante la escala de Lickert, con el objeto de identificar las actitudes y creencias que tienen los pacientes con diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata atendidos en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna 2010 – 2014.

Para el análisis de los niveles de creencias y actitudes se utilizará el coeficiente de staninos, el cual se calculara de la siguiente manera:

Nivel de actitud positiva:

($\bar{x} + \sigma$ - Mayor valor encontrado)

Nivel de actitud negativa

($O - (\bar{x} - 0.01)$)

Los ajustes se harán con un valor p menor de 0.05.

\bar{x} : Media

σ : Desviación estándar

O: Menor valor encontrado

CAPITULO 5

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

La aplicación de la encuesta estará a cargo de seis encuestadores ajenas al investigador y dirigidas por un supervisor de campo con experiencia en el campo. El equipo será seleccionado previamente y capacitado durante tres días. El programa de capacitación contemplará los siguientes aspectos:

- Explicación de los objetivos del estudio de medición
- Características del instrumento a utilizar
- Asignación de la muestra y organización de la recolección de información.
- Práctica de campo en Instituto Piloto.
- Discusión de los resultados de la práctica de campo.
- Organización de la supervisión y control de la calidad de la información recolectada.
- Entrega de materiales y guía de la encuesta.

Consideraciones éticas

El presente estudio tendrá en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Ninguna persona será obligada a participar en la investigación
- Todos los datos recolectados serán para fines exclusivos de la investigación.
- Por ningún motivo o razón se identificarán los datos particulares de los entrevistados/as.
- A cada entrevistado/a se le explicará las razones y motivos del estudio, a la vez que se garantizará la confidencialidad de los datos individuales.

Se tendrá suma consideración y respeto de las normas que rigen sobre el manejo de información de los pacientes asumidas en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú²⁶.

²⁶ Colegio Médico del Perú [Internet]. [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.cmp.org.pe/>

Art. 63°: Que se respete la confidencialidad del acto médico y del registro clínico.

Art. 89°: El médico debe mantener el secreto profesional para proteger el derecho del paciente a la confidencialidad de los datos que le ha proporcionado, no debiendo divulgarlos, salvo expresa autorización del paciente.

Art. 95°: El médico debe mantener el anonimato del paciente cuando la información contenida en la historia clínica sea utilizada para fines de investigación o docencia

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

Para el procesamiento de la información se elaboran cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentarán en cuadros tabulares y con gráfico de barras con el programa SPSS versión 10. Se utilizará la prueba de chi cuadrada para contraste de variables cualitativas con un valor p significativo menor a 0.05.

PRESUPUESTO

a. Presupuesto de bienes:

CANTIDAD	DETALLE O DENOMINACION	COSTO
½ millar	Papel bond A4 75gr.	60.00
1 millar	papel bulky importado	20.00
3 unidades	Papel copia	5.00
1 unidad	Tinta para computadora	60.00
2 unidades	CD	6.00
30 unidades	Lapiceros	20.00
SUB TOTAL		171.00

b. Presupuesto de Servicios.

TIPO DE SERVICIO	COSTO
Asesoría	1000.00
Personal de apoyo de campo	300.00
Personal de apoyo administrativo	200.00
Programador PC.	300.00
Tipeado	200.00
Movilidad local	300.00
Procesamiento de datos (digitado)	200.00
Procesamiento estadístico datos.	400.00
Refrigerio	300.00
SUB TOTAL	S/. 3000

CRONOGRAMA

	ENERO		FEBRERO	
1. Formulación del Proyecto previo.	x			
2. Elaboración del Proyecto definitivo	x			
3. Aprobación del Proyecto.	x			
4. Elaboración del Marco Teórico.	x			
5. Elaboración de Instrumentos.	x			
6. Validación de Instrumentos.	x			
7. Recolección de Datos.	x			
8. Procesamiento de Datos.		x		
9. Análisis de Datos e Interpretación.		x		
10. Contrastación de Hipótesis.		x		
11. Elaboración de Cuadros.			x	
12. Elaboración del Informe.			x	
13. Presentación del Informe				x

BIBLIOGRAFÍA

1. The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858>
2. Floriano-Sánchez E, Castro-Marín M, Cárdenas-Rodríguez N. Marcadores moleculares relacionados con cáncer de próstata: 3-nitrotirosina y expresión génica y protéica de la Mn-superóxido dismutasa (Mn-SOD). Arch Esp Urol Ed Impresa. noviembre de 2009;62(9):702-11.
3. Crawford ED. Epidemiology of prostate cancer. Urology. diciembre de 2003;62(6):3-12.
4. Abate-Shen C, Shen MM. Molecular genetics of prostate cancer. Genes Dev. 10 de enero de 2000;14(19):2410-34.
5. Chisholm GD. Benign prostatic hyperplasia: the best treatment. BMJ. 22 de julio de 1989;299(6693):215-6.
6. Home - Pan American Health Organization [Internet]. 2015 [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.paho.org/hq/?lang=es>
7. Wespes E, Amar E, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, Montorsi F, Pryor J, et al. EAU Guidelines on erectile dysfunction: an update. Eur Urol. mayo de 2006;49(5):806-15.
8. Stefano Vinaccia, Hamilton Fernández, Fanny Sierra, Mery Monsalve y Erika Janeth Cano. “Creencias asociadas a la hiperplasia benigna de próstata”. Texto completo - Dialnet [Internet]. [citado 21 de febrero de

2015]. Recuperado a partir de: <http://paperzz.com/doc/318285/texto-completo---dialnet>

9. Vinaccia S, Quiceno JM, Fonseca P, Fernández H, Tobón S. QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH AND ITS IMPACT ON COGNITIONS ABOUT THE DISEASE IN PATIENTS WITH PROSTATE HIPERPLASIA. *Acta Colomb Psicol.* diciembre de 2006;9(2):47-56.
10. Melón Rodríguez E. Disfunción eréctil en pacientes prostatectomizados utilizando la técnica retropúbica modificada aplicada en el HRDT en comparación con la técnica transvesical aplicada en el HBT. [Internet] [Thesis]. Universidad Nacional de Trujillo; 2013 [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://dspace.unitru.edu.pe:8080/xmlui/handle/123456789/288>
11. Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJA, Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol.* junio de 2003;169(6):2257-61.
12. Schulman C. Impact of treatment of BPH on sexuality. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2001;4(S1):S12-6.
13. Wei-Jung Huang¹, Kuang-Kuo Chen, Luke S. Chang. “Correlación entre la micción y la función eréctil en pacientes con hiperplasia prostática benigna sintomática”. *J Chin Med Assoc* • April 2005 • Vol 68 • No 4 [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://homepage.vghtpe.gov.tw/~jcma/68/4/178.pdf>
14. Gomes R. “La discusión acerca de la sexualidad masculina y la salud de los hombres”. *Ciênc Amp Saúde Coletiva.* enero de 2003;8(3):825-9.
15. Fourcade RO, Tahan H. Hipertrofia benigna de la próstata. *EMC - Urol.* 2002;34(1):1-14.

16. AVILÉS GARRIDO, O.; FERNÁNDEZ ROMANA, M.J.; ROMERO MORA, O.; GARCÍA MARTÍNEZ, M.J.; ALONSO MORENO, E.; RAMOS SUÁREZ, JOSÉ M. “Patrón sexualidad inefectivo en valoración inicial de pacientes urológicos”. núm. 115. julio/agosto/septiembre 2010. pdf [Internet]. [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.index-f.com/dce/15pdf/15-256.pdf>
17. José Miguel Silva H., David Ramírez C. José Miguel Silva H., David Ramírez C. “Comportamiento sexual en la población mayor de 70 años”. Publicación de la Sociedad Colombiana de Urología. Volumen XV. Primeras páginas - abril-2006.pdf [Internet]. [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.urologiacolombiana.com/revistas/pdf/abril-2006.pdf#page=64>
18. OMS. “Informe mundial sobre la discapacidad”. 2011. [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf
19. Juan Fernando Uribe Arcila. “La bioquímica del antígeno específico de próstata (AEP) y sus fracciones”. Medicina & Laboratorio 2008, 14: 153-166. [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2008/myl083-4d.pdf>
20. Gass R. Benign prostatic hyperplasia: the opposite effects of alcohol and coffee intake. BJU Int. 1 de noviembre de 2002;90(7):649-54.
21. Lojanapiwat B, Weerusawin T, Kuanprasert S. Erectile dysfunction as a sentinel marker of endothelial dysfunction disease. Singapore Med J. julio de 2009;50(7):698-701.
22. Home - Pan American Health Organization [Internet]. [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.paho.org/hq/?lang=es>

23. Francoeur RT, Noonan RJ. The Continuum Complete International Encyclopedia of Sexuality. A&C Black; 2004. 1437 p.
24. 00_FM_vol_I_HARRISON.indd - tabla_contenido.pdf [Internet]. [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.mcgrawhill.com.mx/harrison18/tabla_contenido/tabla_contenido.pdf
25. Rabinovich J. “Educación Sexual Desde La Primera Infancia”. Noveduc Libros; 2006. 100 p.
26. Colegio Médico del Perú [Internet]. [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.cmp.org.pe/>
27. Vinaccia S, Fernández H, Sierra F, Monsalve M, Quiceno JM. Diseño De Un Cuestionario Psicométrico Para Evaluar Creencias, Actitudes Y Conocimientos Asociados a La Hiperplasia Prostática Benigna [Internet]. Suma Psicológica. 2007 [citado 21 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=134216860004>

ANEXOS

Dirección: _____

Edad: _____

Año de diagnóstico: _____

Comorbilidades: _____

Estado Civil:

- a. Soltero
- b. Casado
- c. Viudo
- d. Divorciado
- e. Separado.

Instrucción:

- 1. Analfabeto
- 2. Primaria Incompleta
- 3. Primaria Completa
- 4. Secundaria Incompleta
- 5. Secundaria Completa
- 6. Superior Incompleta
- 7. Superior Completa

Síntomas y signos principales:

a. Síntomas obstructivos:

- 1. Menor fuerza y calibre del chorro ()
- 2. Dificultad para iniciar la micción ()
- 3. Goteo postmiccional ()
- 4. Sensación de vaciado incompleto ()
- 5. Micción entrecortada ()
- 6. Ocasional incontinencia urinaria ()
- 7. Retención urinaria ()

b. Síntomas irritativos:

- 1. Urgenciamiccional ()
- 2. Disuria ()

- 3. Nicturia ()
- 4. Polaquiuria ()
- 5. Dolor suprapubico ()
- 6. Escapes de orina ()
- 7. Tenesmo vesical ()

Función sexual (Test validado IIEF-5)

	0	1	2	3	4	5
1. ¿Con que frecuencia puede lograr usted una erección durante la actividad sexual?	SRS	N	PV	AV	MV	CS
2. Cuando usted ha tenido erecciones con estimulación sexual; ¿cuán frecuentemente fueron lo suficientemente duras para la penetración?	SRS	N	PV	AV	MV	CS
3. ¿Cuántas veces le ha sido posible penetrar a su pareja cuando usted ha intentado tener relaciones sexuales?	SRS	N	PV	AV	MV	CS
4. ¿Cuántas veces fue usted capaz de mantener una erección una vez que penetró a su pareja?	SRS	N	PV	AV	MV	CS
5. Durante las relaciones sexuales, ¿qué tan difícil le fue a usted mantener su erección hasta finalizar o acabar el coito?	SRS	ED	MD	D	LD	ND
6. ¿Cuántas veces ha intentado usted tener relaciones sexuales?	SRS	1-2	3-4	5-6	7-10	11+
7. Cuando intentó usted tener relaciones sexuales, ¿cuántas veces le resultó satisfactorio?	SRS	SRS	N	PV	AV	CS
8. ¿Cuánto placer le produjo la relación sexual?	SRS	SP	CSP	MP	MMP	EP
9. Cuando usted tuvo estimulación sexual o relaciones sexuales, ¿cuántas	SRS	N	PV	AV	MV	CS

veces eyaculó?						
10. Cuando usted tuvo estimulación sexual o relaciones sexuales; ¿qué tan seguido tuvo un orgasmo?	SRS	N	PV	AV	MV	CS
11. Qué tan seguido tuvo usted deseos sexuales?	SRS	N	PV	AV	MV	CS
12. ¿Cómo calificaría usted su nivel de deseo sexual?	SRS	MB	B	M	A	MA
13. ¿Cuán satisfecho está usted con su vida sexual?	SRS	MMM	MM	SD	MS	MMS
14. ¿Cuán satisfactoria ha sido la relación sexual con su pareja?	SRS	MMM	MM	SD	MS	MMS
15. ¿Cómo califica usted su seguridad de tener una erección?	SRS	MB	B	M	A	MA

LEYENDA:

SRS: No tengo actividad sexual;

N: Casi nunca o nunca;

PV: Pocas veces (menos de la mitad de las veces);

AV: Algunas veces (más o menos la mitad de las veces);

MV: La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces);

CS: Casi siempre o siempre.

ED: Extremadamente difícil;

MD: Muy difícil;

D: Difícil;

LD: Ligeramente difícil;

ND: No fue difícil.

SP: Sin placer;

CSP: Casi sin placer;

MD: Moderadamente placentero;

MMP: Muy placentero;

EP: Extremadamente placentero.

MB: Muy bajo o ninguno;

B: Bajo; M: Moderado;

A: Alto;

MA: Muy alto

MMM: Muy descontento;

MM: Moderadamente descontento;

SD: Satisfecho y descontento a la vez;

MS: Moderadamente satisfecho;

MMS: Muy satisfecho

Puntaje:

- entre 6 a 10 : severa
- entre 11 a 16 : moderada
- entre 17 a 25 : leve
- entre 26 a 30 : no existe DE.

CREENCIAS Y ACTITUDES (adaptado de test de tamizaje validado)(27)

- 1 totalmente en desacuerdo
 2 en desacuerdo,
 3 indeciso o dudoso,
 4 de acuerdo y
 5 totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
1. Pienso que el examen del tacto rectal despierta las tendencias homosexuales.					
2. Creo que el tacto rectal es como una violación.					
3. Creo que si tengo problemas de próstata no puedo tener Relaciones sexuales.					
4. Prefiero que el examen del tacto rectal me lo haga una mujer					
5. Mi respuesta sexual no depende del estado de salud de mi próstata					
6. Me hago el examen del tacto rectal sólo cuando me lo recomienda el médico.					
7. No me hago el examen del tacto rectal por iniciativa propia					
8. La próstata regula mi capacidad eréctil.					
9. Si me realizo una cirugía de próstata pierdo la potencia sexual					
10. Si tengo problemas de próstata me siento disminuido					
11. Creo que algunos alimentos evitan el crecimiento de la próstata					
12. Ser prostático para mí significa dejar de funcionar sexualmente					
13. Me da pena decir que tengo problemas de próstata					
14. Creo que hay una relación directa entre próstata y sexualidad.					
15. No me gusta hablar acerca del examen del tacto rectal con nadie					
16. Mis relaciones sexuales se limitan a la penetración genital.					
17. No estoy acostumbrado a desnudarme para que me hagan un tacto rectal.					
18. La cirugía de próstata afecta mi respuesta sexual					
19. La cirugía de próstata afecta mi autoestima					
20. Me da pena que sea otro hombre el que me haga el examen del tacto rectal					

21. Creo que si mis problemas de próstata no son atendidos me puede producir dolor en el momento de tener una erección					
22. Creo que si sigo sufriendo de la próstata tendré dificultades psicológicas					
23. Si tengo mucha actividad sexual puedo sufrir de problemas de próstata					
24. La próstata tiene que ver con mi erección.					
25. A mí no me da nada, soy un superhombre					
26. Después del examen del tacto rectal no me siento violado					
27. Después de un examen de tacto rectal no siento deseos sexuales					
28. Me da temor que las mujeres se den cuenta que tengo problemas de próstata y ya no me miren.					
29. No me gusta hablar acerca de la próstata.					
30. Pienso que si monto mucho en motocicleta me generará problemas de próstata.					
31. Pienso que el tema de los problemas de próstata es un tabú.					
32. Creo que la información acerca de la próstata debe ir por parejo a ambos sexos					

Nivel de actitud positiva:

($\bar{x} + \sigma$ - Mayor valor encontrado)

Nivel de actitud negativa

($O - (\bar{x} - 0.01)$)

Los ajustes se harán con un valor p menor de 0.05.

\bar{x} : Media

σ : Desviación estándar

O: Menor valor encontrado