

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



TESIS

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO, CREENCIAS, ACTITUD Y
PRÁCTICAS FRENTE AL CÁNCER DE PRÓSTATA Y SU
PREVENCIÓN EN HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS RESIDENTES
EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO
DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019"**

Presentado por:

Yamileth De Los Milagros Cutipa Ale

Asesor:

Sergio Jesús Montesinos Sánchez

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

TACNA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios, ya que gracias a él he logrado culminar mi carrera a pesar de las dificultades. A mis padres y mi abuelita Cecilia, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome apoyo y consejos para hacer de mí una mejor persona y por darme aliento en los momentos difíciles.

AGRADECIMIENTOS

Primero dar gracias a dios, por bendecirme durante todo este recorrido, darme fuerzas para estudiar y así superar los obstáculos y dificultades a lo largo de mi carrera profesional gracias a lo cual, me ha permitido culminar esta etapa de mi vida.

A la Facultad de Medicina Humana de la Universidad privada de Tacna, ya que ha sido como mi segundo hogar durante los años de estudio de mi carrera universitaria.

Así mismo quiero agradecer a mis padres Florián Cutipa y Antonia Ale quienes me han apoyado en todo momento de mi vida, por haber confiado en mí, y siempre brindarme sus palabras de aliento.

A mi asesor de tesis, el Dr. Sergio Jesús Montesinos Sánchez, por la gran ayuda que me dio para poder concretar este trabajo.

RESUMEN

Objetivo: Medir el nivel de conocimientos y creencias, actitud y práctica frente al cáncer de próstata y control médico preventivo en hombres mayores de 40 años residentes en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de la ciudad de Tacna, 2019

Material y método: Estudio observacional de corte transversal, prospectivo y analítico, en el campo de la salud pública se muestreó en la jurisdicción 1255 hogares y se calculó una muestra de 355 varones mayores de 40 años

Resultados: De la población en estudio, el 43.4% tenía entre 50 y 59 años seguido de un 37.7% con 40 a 49 años y un 18.9% con 60 a más años. El 30.7% tenía la condición de casado seguido de un 46.5% de conviviente, el 38% era obrero independiente seguido de un 24.5% como profesional dependiente, principalmente. Respecto a creencias, el 84.8% tiene un nivel inadecuado. Respecto a conocimientos, el 37.5% tiene un nivel bueno. El 32.1% tiene un nivel actitudinal indiferente a la enfermedad y sólo un 36.9% manifiesta una actitud positiva hacia su estado sanitario. El 82.5% no se ha realizado un examen rectal y el 17.5% sí. Sólo el 8.5% se ha realizado el PSA y un 61.7% refiere no conocer dicho procedimiento.

Conclusiones: Las variables de edad ($p:0.00$) estado civil ($p:0.00$), y ocupación ($p:0.00$) estuvieron asociadas al nivel actitudinal. En el grupo que tiene creencias inadecuadas, el 66.4% no conoce la existencia el examen PSA ($p:0.00$). Respecto al nivel actitudinal, aquellos que tenían un nivel indiferente (74.6%) o negativo (77.3%) no conocían el examen PSA

Palabras clave: Conocimiento, creencias, actitud, cáncer de próstata y control preventivo

ABSTRACT

Objective: To measure the level of knowledge and beliefs, attitude and practice in relation to prostate cancer and preventive medical control in men over 40 years resident in the jurisdiction of the Metropolitan Health Center of the city Tacna, 2019

Material and method: Observational, cross-sectional, prospective and analytical study. In the field of public health, 1255 households were sampled in the jurisdiction and a sample of 355 males over 40 years of age was calculated.

Results: Of the population under study, 43.4% had between 50 and 59 years followed by 37.7% with 40 to 49 years and 18.9% with 60 to more years. The 30.7% had the condition of married followed by 46.5% of cohabiting, 38% was an independent worker followed by 24.5% as a dependent professional, mainly. Regarding beliefs, 84.8% have an inadequate level. Regarding knowledge, 37.5% has a good level. 32.1% have an attitudinal level indifferent to the disease and only 36.9% show a positive attitude toward their health status. 82.5% have not had a rectal examination and 17.5% have. Only 8.5% have made the PSA and 61.7% report not knowing this procedure.

Conclusions: The variables of age (p: 0.00), marital status (p: 0.00), and occupation (p: 0.00) were associated with the attitudinal level. In the group that has inadequate beliefs, 66.4% do not know the existence of the PSA test (p: 0.00). Regarding the attitudinal level, those who had an indifferent level (74.6%) or negative (77.3%) did not know the PSA test

Keywords: Knowledge, beliefs, attitude, prostate cancer and preventive control

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
ÍNDICE	6
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	10
1 EL PROBLEMA	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	13
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	15
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:.....	16
CAPÍTULO II.....	17
2 REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	17
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	17
2.1.1 INTERNACIONALES	17
2.1.2 NACIONALES	23
2.2 MARCO TEÓRICO	26
2.2.1 CANCER DE PRÓSTATA	26
2.2.1.1 Factores de riesgo	27
2.2.2 TACTO RECTAL.....	29

2.2.3	PSA.....	30
2.2.4	INTERVALOS DE TIEMPO DE EXAMENES PREVENTIVOS.....	30
2.2.5	EDUCACION SANITARIA	31
CAPÍTULO III.....		32
3	HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	32
3.1	HIPÓTESIS.....	32
3.2	VARIABLES	32
3.2.1	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	32
CAPÍTULO IV		35
4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	35
4.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	35
4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO	35
4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	36
4.3.1	Población	36
4.3.2	Muestra	36
4.3.2.1	Criterios de inclusión.....	37
4.3.2.2	Criterios de exclusión	37
4.4	TECNICA Y FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	37
4.4.1	TECNICA.....	37
4.4.2	INSTRUMENTOS (ver anexos).....	37
CAPÍTULO V.....		39
5	PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS	39
5.1	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS	39

5.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	39
5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
RESULTADOS	41
DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones recomiendan que los hombres con un riesgo promedio de cáncer de próstata deben tomar decisiones que beneficien su salud general si están interesados en la prevención del cáncer de próstata. Esto parte por contar con una adecuada orientación en el tema, una actitud positiva a querer asumir acciones preventivas y finalmente en ejecutar acciones médicas de prevención con ayuda del sistema sanitario a su alcance. Muchas estrategias médicas se ven bloqueadas por muchas creencias erróneas o negativas al respecto. Todas estas características del fenómeno no se conocen actualmente en los varones residentes en la jurisdicción del centro de salud Metropolitano de la ciudad de Tacna. El presente trabajo identificar las principales características sociodemográficas, nivel de conocimientos, creencias, actitud y prácticas de control médico preventivo en varones mayores de 40 años residentes en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano en el año 2019.

El estudio permitirá así conocer el estado actual de las características señaladas en varones, poniendo a disposición del sistema sanitario una línea de base para diseñar mejor las estrategias de prevención e intervención en un daño cada vez más prevalente.

CAPÍTULO I

1 EL PROBLEMA DE INVESTIAGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Perú, las tasas de mortalidad por cáncer de próstata aumentaron de 20,9 (2005-2009) a 24,1 (2010-2014) por cada 100, 000 hombres, un aumento del 15,2%. Según las regiones, la costa tuvo la tasa de mortalidad más alta (28,9 por 100, 000), mientras que la selva tropical tuvo la más baja (7,43 por 100, 000). Hubo un aumento en la mortalidad en la costa y una disminución en la selva tropical durante el período 2005-2014. Las provincias con mayor mortalidad fueron Piura, Lambayeque, La Libertad, Callao, Lima, Ica y Arequipa. Las provincias con las tasas más bajas de mortalidad por cáncer de próstata observadas fueron Loreto, Ucayali y Madre de Dios.(1)

“Podemos definir percepción del riesgo como la habilidad de detectar, identificar y reaccionar ante una situación de potencial daño. Es un proceso espontáneo e inmediato que permite realizar estimaciones o juicios acerca de situaciones en función de la información que la persona selecciona y procesa”(2).

Las teorías de comportamiento de la salud sugieren que un alto riesgo percibido de cáncer se asociará positivamente con la detección, pero pocos estudios han examinado cómo el riesgo percibido se relaciona con el proceso de decisión de detección o con la posibilidad de consulta o de concientización con la posibilidad de sufrir cáncer.(3)

Los individuos poseen representaciones cognitivas de diversas enfermedades. Estas representaciones consisten en creencias sobre las causas, los síntomas, la línea de tiempo, las consecuencias y el tratamiento de una enfermedad determinada. Es importante destacar que el conjunto de creencias subsumido por la representación motiva, guía y da forma al comportamiento relacionado con la salud de un individuo(4). Las creencias acerca de una enfermedad en particular pueden influir en si una persona toma medidas para reducir el riesgo de desarrollar esa enfermedad y cómo lo hace. En consecuencia, el estudio de estas ideas relacionadas con la enfermedad es importante para el desarrollo de intervenciones dirigidas a la conducta de salud que reduce el riesgo.

El riesgo percibido se define como la creencia subjetiva sobre la probabilidad o la probabilidad de daño, es decir, la probabilidad de que se experimente un problema de salud si no se producen precauciones o cambios de comportamiento(5) (6). El riesgo percibido se ha identificado como parte del "motor motivacional" detrás de muchas acciones de protección de la salud. Las personas que se sienten con un riesgo de enfermedad más bajo que el promedio tienen menos probabilidades de involucrarse en un comportamiento preventivo(6). En relación con el riesgo percibido de cáncer, una mayor proporción de personas parece creer que tienen un riesgo menor que el promedio, por lo tanto, es importante comprender los determinantes del riesgo percibido.

En estudios realizados en sociedades desarrolladas, donde tienen un riguroso seguimiento y registro de casos como Estados Unidos, el cáncer de próstata es el cáncer más prevalente entre los hombres y es la segunda causa de muerte relacionada con el cáncer.(7) A pesar de la abundante investigación, los hallazgos no concluyen sobre por qué persisten las disparidades de cáncer de próstata y la mejor manera de disminuir las incidencias que van en aumento.(8) La Sociedad Americana del Cáncer (ACS) recomienda la evaluación anual a los 45 años de edad para hombres afroamericanos y aquellos con alto riesgo, y

a partir de los 50 para todos los demás. Pero las medidas preventivas actitudinales, educativas y persuasión médica, debe de comenzar mucho antes. En consecuencia, la Asociación Americana de Urología y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos recomiendan que los médicos expliquen los riesgos y beneficios de los exámenes de detección y ayuden a los hombres a tomar decisiones sobre los exámenes de detección desde los 40 años.(9) Comprender el conocimiento y las creencias de los hombres sobre el cáncer de próstata es importante para que los médicos puedan agregar al conocimiento existente o corregir la información errónea. Las investigaciones anteriores brindan conclusiones contradictorias sobre si la raza o los antecedentes socioeconómicos influyen en el conocimiento y las creencias de los hombres sobre el cáncer de próstata y la detección.(7) Los resultados inconsistentes sobre creencias de los hombres, su percepción de sentirse en riesgo y la actitud frente al control médico, socavan la capacidad de los médicos para anticipar los tipos de materiales educativos que diversos hombres necesitan para tomar decisiones informadas sobre la detección del cáncer de próstata.

El nivel educativo está asociado al conocimiento del cáncer de próstata.(7). Las investigaciones futuras podrían delinear cómo o por qué la educación contribuye al conocimiento del cáncer de próstata. En la medida en que se están aprovechando otros factores, las diferencias educativas en el conocimiento del cáncer de próstata pueden reflejar disparidades sociales en el acceso a la atención médica. La educación puede estar reflejando otros factores socioeconómicos como el ingreso o la alfabetización en salud. Las investigaciones futuras podrían desagregar estos factores en muestras más grandes. Identificar el papel de los factores socioeconómicos puede ayudar a los médicos a adaptar sus discusiones a diferentes grupos, y ayudar a los hombres a tomar decisiones informadas sobre la evaluación.

Todos los investigadores a nivel mundial están de acuerdo en que los hombres deben tomar una decisión informada sobre si someterse o no a una evaluación de próstata, por lo tanto, deben estar completamente al tanto de los argumentos a favor y en contra.(10)

Dada la complejidad de los temas relacionados con el diagnóstico oportuno del cáncer de próstata, los expertos recomiendan que los hombres reciban información sobre los beneficios para la toma de decisiones. En la literatura, existe una experiencia limitada con respecto al conocimiento,(11) actitudes (12) y conductas (10) (13) hacia la prevención del cáncer de próstata.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento, creencias, actitud y practicas frente al cáncer de próstata y control médico preventivo en hombres mayores de 40 años residentes en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de la ciudad de Tacna, 2019?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Cuál es el nivel de conocimientos y creencias, actitud y práctica frente al cáncer de próstata y control médico preventivo en hombres mayores de 40 años residentes en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de la ciudad de Tacna, 2019

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar las principales características sociodemográficas de los varones mayores de 40 años residentes en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de la ciudad de Tacna, 2019
- b) Ver el nivel de conocimientos y creencias respecto a cáncer de próstata de los varones mayores de 40 años residentes en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de la ciudad de Tacna, 2019
- c) Identificar el nivel de actitud frente al cáncer de próstata y control médico preventivo de los varones mayores de 40 años residentes en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de la ciudad de Tacna, 2019
- d) Identificar las principales prácticas de control médico preventivo realizado en varones mayores de 40 años residentes en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de la ciudad de Tacna, 2019

1.4 JUSTIFICACIÓN

El cáncer de próstata crece a un ritmo vertiginoso en comparación con otros tipos de cáncer. Es una condición que se hace cada vez más común, donde la cirugía es una de las alternativas presentes y que condiciona grandes gastos y detrimento de la calidad de vida de los pacientes. El problema es que la mayoría de los hombres que se someten a una cirugía tienen consecuencias negativas duraderas. El 81% que se someten a una cirugía en comparación terminan con algún grado de disfunción eréctil. De allí la importancia de la prevención oportuna. La presente investigación encuentra que no existen estudios de base que determine el estado actual de la responsabilidad personal de los hombres de asumir el rol protector de la prevención. El sistema sanitario no invierte en ello y no existen estrategias que apoyen y justifiquen actividades de prevención educativa oportuna y eficaz.

La aportación del presente estudio va más allá del conocimiento y producción, ya que tiene la intención de proporcionar orientación para llevar a cabo o definir acciones dentro de las instituciones de salud para aumentar el número de exámenes de detección temprana para el cáncer de próstata y, por lo tanto, contribuir significativamente a la reducción de diagnósticos en estadios avanzados de esta enfermedad. Con base en la experiencia analizada, existe una observación que refuerza la idea de que la prevención y la detección precoz, son estrategias básicas para el control del cáncer de próstata. Las actividades educativas para hombres, es orientadora, constante, persistente y dinámica. Estas actividades educativas deben priorizar la urgente necesidad de cambios de comportamiento en los hombres y en las instituciones, dando prioridad a las proyecciones futuras en un estado de gestión eficiente.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Cáncer de próstata: Es aquel cáncer que se desarrolla en uno de los órganos glandulares del sistema reproductor masculino llamado próstata.

Conocimiento: Significa recordar datos específicos o la habilidad para aplicar datos específicos para resolver problemas o, incluso, emitir definiciones con la comprensión adquirida sobre determinadas situaciones.

Creencias: Es la idea que se considera verdadera y a la que se da completo crédito como cierta.

Actitud: Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las labores. Predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.

Práctica: Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.

Prevención: Es toda acción que tiene el fin de disminuir la probabilidad de adquirir enfermedades como el cáncer; se refiere a todas las acciones o comportamientos que el individuo realizara para tener una salud óptima.

CAPÍTULO II

2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION INTERNACIONALES

Dillard et al en su estudio “Perceived Risk of Cancer and Patient Reports of Participation in Decisions about Screening: The DECISIONS Study” examina las relaciones entre el riesgo percibido de cáncer y las conductas durante la toma de decisiones para 3 pruebas de detección. Encuesta transversal realizada entre noviembre de 2006 y mayo de 2007. Un total de 1729 adultos estadounidenses de habla inglesa de 40 años de edad o más que informaron haber tomado una decisión de detección de cáncer (sobre las pruebas de mama, colon o próstata) en los 2 años anteriores. Los participantes completaron las medidas de riesgo percibido, búsqueda de información y tendencias compartidas de toma de decisiones. A medida que aumentaba el riesgo percibido de cáncer, era más probable que los pacientes buscaran información sobre la detección por sí mismos (por ejemplo, el 35% de los participantes que percibieron un alto riesgo de cáncer buscaron en Internet en comparación con el 18% de los que percibieron un bajo riesgo, $p < 0.001$) y en interacciones con sus médicos. A medida que aumentaba el riesgo percibido, los pacientes también tenían más probabilidades de consultar con más de un proveedor. El género moderó la preferencia de toma de decisiones compartida, de modo que

los hombres con alto riesgo percibido tenían más probabilidades que las mujeres con alto riesgo percibido de informar que hubieran preferido una mayor participación en la decisión (35% v. 9%, $P = 0,001$). Concluyó que un mayor riesgo percibido se asoció con una mayor participación del paciente, como lo demuestra la búsqueda de más información y un mayor deseo de participación decisional (moderado por género). Los resultados sugieren que el riesgo percibido de cáncer podría influir en el comportamiento del paciente al decidir sobre la detección.(3)

Kye et al. en su estudio “Perceptions of Cancer Risk and Cause of Cancer Risk in Korean Adults” evalúa la prevalencia del riesgo percibido de cáncer; explora las asociaciones entre los datos sociodemográficos y los antecedentes familiares de cáncer y el riesgo percibido de cáncer; para identificar la causa percibida de riesgo de cáncer; y examinar las asociaciones entre la sociodemográfica y los antecedentes familiares de cáncer y la causa percibida de riesgo de cáncer. Este estudio transversal se realizó entre 1,009 participantes de 30 a 69 años de edad, a través de un muestreo aleatorio estratificado múltiple. Se recopiló información sobre el riesgo percibido de cáncer de los participantes y la causa percibida de riesgo de cáncer. En general, el 59.5% de los encuestados pensaron que tenían la posibilidad de desarrollar cáncer. El sexo femenino, la edad más joven, los ingresos más bajos y los antecedentes familiares de cáncer se asociaron positivamente con la percepción de riesgo de cáncer. La causa percibida más importante de riesgo de cáncer fue el estrés. Hubo una diferencia entre los datos sociodemográficos y los antecedentes familiares de cáncer y la causa percibida de riesgo de cáncer. Los factores que afectan la percepción del riesgo de cáncer y la causa del riesgo de cáncer deben abordarse en las comunicaciones de riesgo. Los resultados proporcionan direcciones importantes para el desarrollo de estrategias educativas para promover el conocimiento y la autoevaluación del riesgo de cáncer y los factores de riesgo.(14)

Mirzaei-Alavijeh et al. en su estudio “Prevalence, Cognitive and Socio-Demographic Determinants of Prostate Cancer Screening” afirman que la detección puede ser efectiva para reducir las muertes por cáncer de próstata. El objetivo de su estudio fue determinar la prevalencia y los factores determinantes que influyen en los comportamientos de detección temprana del cáncer de próstata según la teoría del comportamiento planificado (TPB). En este estudio transversal, realizado en el oeste de Irán, un total de 250 hombres de 50 a 70 años de edad fueron seleccionados al azar para participar. De estos, 200 (80%) firmaron el formulario de consentimiento y aceptaron participar voluntariamente. Se aplicó un cuestionario estructurado basado en construcciones de TPB para recopilar datos por entrevista. Alrededor del 26,5% de los participantes demostraron un comportamiento de detección temprana del cáncer de próstata. Los factores predictivos más influyentes para la detección temprana fueron la edad mayor de 60 años (OR: 5.969), la educación académica (OR: 2.904), el número de miembros de la familia más de cuatro (OR: 3.144) y el conocimiento sobre el cáncer de próstata (OR: 3.693) comportamiento. Además, entre los constructos de TPB, la actitud (OR = 1.090) y las normas subjetivas (OR = 1.280) fueron los predictores más influyentes. La actitud, las normas subjetivas y el control del comportamiento percibido representaron el 43% de la variación en la medida de resultado de la intención de detectar el cáncer de próstata (R cuadrado ajustado = 0,43, $F = 49,270$ y $P < 0,001$). El diseño y la implementación de programas para aumentar las actitudes positivas y fomentar las normas subjetivas hacia el comportamiento de detección del cáncer de próstata pueden ser útil para promover la detección temprana.(15)

Alexis et al. en su estudio “An integrative review exploring black men of African and Caribbean backgrounds, their fears of prostate cancer and their attitudes towards screening” sugiere que los hombres afro americanos están desproporcionadamente más afectados que cualquier otra etnia por el cáncer de próstata. El objetivo de esta revisión es identificar estudios que exploren a los

hombres negros de ascendencia africana y latinoamericana, sus temores de cáncer de próstata y sus actitudes hacia la detección. Los resultados cualitativos se sintetizaron utilizando un marco temático en el que se integraron los resultados cuantitativos. Los hombres más pobres y menos educados se mostraron reacios a buscar ayuda para el cáncer de próstata. Es posible que no visiten a sus médicos por temor a la intrusión en sus vidas personales. Por otra parte, temían ser emasculados como resultado del examen rectal digital. La revisión identifica una escasez de literatura sobre los temores y percepciones de los hombres sobre el cáncer de próstata. Se necesitan más estudios para abordar esta brecha en la literatura.(16)

Morlando et al. en su estudio “Prostate cancer screening: Knowledge, attitudes and practices in a sample of men in Italy. A survey” evalúa los conocimientos, actitudes y comportamientos hacia el cáncer de próstata y su prevención. Se realizó una encuesta transversal en una muestra aleatoria de 625 padres de estudiantes que asisten a ocho escuelas públicas. El cuestionario autoadministrado incluyó preguntas sobre: características sociodemográficas, antecedentes médicos personales y familiares del cáncer de próstata, conocimiento sobre el cáncer de próstata y la prueba de antígeno prostático específico (APE), percepción del riesgo de cáncer de próstata, percepción de los beneficios de tener una prueba de PSA, disposición para recibir la prueba de PSA y fuentes y necesidades de información sobre el cáncer de próstata y la prueba de PSA. El 72,7% de los encuestados había oído hablar de la prueba de PSA y el 51,1% de los encuestados había oído hablar de ella a través de sus médicos. Este conocimiento fue mayor: en hombres con edad avanzada, en aquellos que tenían un mayor nivel de educación, en aquellos que tenían un familiar con problemas de próstata o cáncer de próstata y en aquellos con problemas de próstata. El riesgo personal percibido de contraer cáncer de próstata se asoció con un mayor nivel de educación, en aquellos que habían recibido información sobre el cáncer de próstata por parte de un médico y en aquellos con problemas de próstata. Solo el 29.6% de los hombres se habían

sometido a una prueba de PSA y el 59.4% estaba dispuesto a hacerlo en el futuro. Los factores predictivos significativos de la voluntad de recibir una prueba de PSA fueron la creencia de que la prueba de PSA fue útil, la percepción de que el estado de salud personal no es muy bueno y la necesidad de información adicional sobre la prueba de PSA. Los encuestados tienen un conocimiento moderado sobre el cáncer de próstata y una buena actitud a someterse a la prueba de PSA. Por lo tanto, sería necesario aumentar la información sobre los riesgos del cáncer de próstata y los beneficios de la prevención del cáncer de próstata.(10)

Molazem et al en su estudio “Effects of an Educational Program for Prostate Cancer Prevention on knowledge and PSA Testing in Men Over 50 Years old in Community Areas of Shiraz in 2016” determina el efecto de un programa educativo para la prevención del cáncer de próstata en el conocimiento y las pruebas de antígeno prostático específico (APE) en hombres mayores de 50 años en áreas comunitarias de Shiraz. Este ensayo clínico se realizó entre 93 hombres mayores de 50 años que se dividieron aleatoriamente en un grupo de intervención (n = 48) y control (n = 45). El grupo de intervención participó en un programa educativo que se centra en la importancia de la prevención del cáncer de próstata con énfasis en temas culturales y económicos. Los datos se recopilaron mediante un formulario de información demográfica, el cuestionario de Weinrich para medir el nivel de conocimiento sobre el cáncer de próstata y el cribado, y también un cuestionario realizado por un investigador que cubre los motivos para no realizar el examen, antes y 3 meses después de la intervención. Además, la participación en las pruebas de PSA se evaluó 3 meses después de la intervención. Todos los datos se ingresaron en el software estadístico SPSS (versión 14) y $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. Los resultados mostraron que la participación del grupo de intervención en las pruebas de APE aumentó de 6.12% a 36.4% tres meses

después de la intervención. Sin embargo, no se observó ningún cambio significativo en el grupo de control. Además, la puntuación media del conocimiento del grupo de intervención aumentó aproximadamente 2,69 puntos después de la intervención, y se observó una diferencia significativa entre los dos grupos a este respecto ($p < 0,05$).⁽¹⁷⁾

Vernooij et al. en su estudio “Knowledge, attitudes and practices about the exams applied in the early prostate cancer screening among men in two suburbs in Medellín” investiga los valores y preferencias de los hombres con respecto al examen basado en el antígeno prostático específico (APE) para el cáncer de próstata. Revisión sistemática. Se realizaron búsquedas en MEDLINE, EMBASE, PsycINFO y literatura gris hasta el 2 de septiembre de 2017. Se identificaron 4172 citas únicas, de las cuales 11 estudios resultaron elegibles. Cinco estudios investigaron el análisis de PSA utilizando un diseño de estudio de elección directa, mientras que seis utilizaron las ayudas para la toma de decisiones que muestran resultados importantes para el paciente. Los estudios de elección directa utilizaron diferentes metodologías y variaron considerablemente en el informe de los resultados. Dos estudios sugirieron que los hombres estaban dispuestos a renunciar a las pruebas de detección con un pequeño beneficio en la mortalidad por cáncer de próstata si esto disminuiera la posibilidad de tratamientos innecesarios o biopsias. En contraste, un estudio informó que los hombres estaban dispuestos a aceptar un diagnóstico excesivo para reducir el riesgo de mortalidad por cáncer de próstata. Entre los seis estudios que incluyeron ayudas para la toma de decisiones, la disposición a someterse a un cribado varió sustancialmente de 37% al mostrar una reducción hipotética de la mortalidad de 10 por 1000 hombres, a 44% al mostrar una reducción de la mortalidad de 7 por 1000. No se encontraron estudios específicos. investigó si los valores y las preferencias diferían entre los hombres con antecedentes familiares, de ascendencia africana o con niveles socioeconómicos más bajos. La variabilidad de los valores y preferencias de los hombres refleja que la decisión de evaluar es altamente sensible a las

preferencias. La revisión destaca la necesidad de una toma de decisiones compartida en hombres que consideran la detección del cáncer de próstata.(18)

NACIONALES

Carrillo-Larco et al. en su trabajo “Una divergencia entre las causas de muerte subyacentes y finales en condiciones seleccionadas: un análisis de los registros de muertes en Perú” en el 2018, refiere que la causa subyacente de la muerte se utiliza para estudiar las tendencias y los perfiles de mortalidad de los países y del mundo. La causa final de la muerte también podría informar la causa final de la muerte en individuos con afecciones subyacentes. No se ha explorado si existe un patrón entre la causa subyacente y la causa final de muerte utilizando los registros nacionales de fallecimientos en Perú. Estudiaron las causas finales de muerte más comunes entre las causas subyacentes seleccionadas utilizando registros nacionales de muertes en Perú. Las causas subyacentes y finales de muerte se clasificaron de acuerdo con sus códigos ICD-10. Las causas subyacentes incluían la enfermedad renal crónica (ERC), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la hipertensión (HTA), la diabetes y los cánceres seleccionados (cuello uterino, mama, estómago, **próstata** y pulmón). Las causas finales se categorizaron como: transmisibles, cardiovasculares y cánceres. Se utilizaron estadísticas descriptivas. Se analizaron un total de 77,065 registros de defunciones; los casos tenían una edad media de 69.4 (DE: 19.3) años al momento de la muerte y eran en su mayoría hombres (53.9%). Cuando la causa subyacente fue la HTA, la causa final más frecuente fueron las enfermedades cardiovasculares (82,3%). Para todas las demás causas subyacentes, la causa final más frecuente fueron las enfermedades transmisibles: EPOC (86,4%), ERC (79,3%), cáncer (76,5%) y diabetes (68,3%). En cuatro causas subyacentes de muerte seleccionadas, hubo un aumento de las causas no transmisibles. Aunque se deben desplegar esfuerzos

para prevenir las enfermedades no transmisibles subyacentes, no se deben descuidar las posibles complicaciones transmisibles.(19)

Torres-Roman et al. en su investigación “Tasas de mortalidad por cáncer de próstata en el Perú y sus regiones geográficas” publicada en el 2019, evalúa las tasas de mortalidad por cáncer de próstata según áreas geográficas en Perú entre 2005 y 2014. La información fue extraída del Registro de fallecidos del Ministerio de Salud peruano. Analiza las tasas de mortalidad estandarizadas por edad (población mundial) por cada 100, 000 hombres. La autocorrelación espacial se determinó de acuerdo con el Índice de Moran. Además, utilizaron el mapa de conglomerados para explorar las relaciones entre regiones. Las tasas de mortalidad aumentaron de 20,9 (2005-2009) a 24,1 (2010-2014) por cada 100 000 hombres, un aumento del 15,2%. Según las regiones, durante el período 2010-2014, la costa tuvo la tasa de mortalidad más alta (28,9 por 100, 000), mientras que la selva tropical tuvo la más baja (7,43 por 100, 000). Además, hubo un aumento en la mortalidad en la costa y una disminución en la selva tropical durante el período 2005-2014. Las provincias con mayor mortalidad fueron Piura, Lambayeque, La Libertad, Callao, Lima, Ica y Arequipa. Además, estas provincias (excepto Arequipa) mostraron tendencias crecientes durante los años en estudio. Las provincias con las tasas más bajas de mortalidad por cáncer de próstata observadas fueron Loreto, Ucayali y Madre de Dios. Este estudio mostró autocorrelación espacial positiva (I de Moran: 0.30, P = 0.01). Las tasas de mortalidad por cáncer de próstata en Perú continúan aumentando. Estas tasas son más altas en la región costera en comparación con las de las tierras altas o la selva tropical.(1)

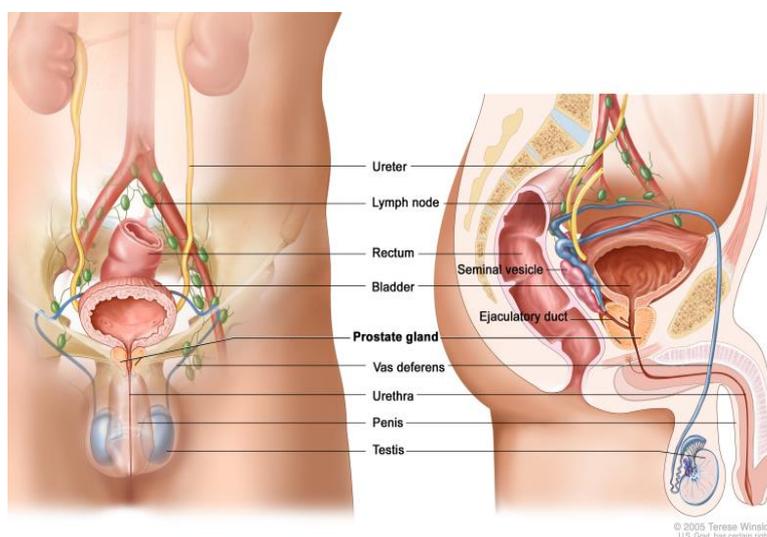
Robles e su tesis “Conocimientos y actitudes en varones mayores de 40 años como determinante de cáncer de próstata en el hospital nacional Sergio E. Bernales, 2016” Determina los conocimientos y actitudes en hombres mayores de 40 años que acuden a la consulta de la especialidad de Urología en cáncer de próstata en el ámbito nacional. Estudio cuantitativo de carácter

descriptivo, prospectivo y transversal. La muestra está formada por 168 participantes masculinos mayores de 40 años. Una encuesta se aplicó con el objetivo de recopilar información sobre conocimientos y actitudes hacia Cáncer de próstata constituido por 13 preguntas. Los datos obtenidos fueron analizados utilizando. El 57.8% de los encuestados ha sido informado sobre el cáncer de próstata por amigos y familia. Consideran tener más de una pareja sexual y no ser sexualmente activo como causa del cáncer de próstata. Entre los síntomas, los participantes encuestados no tienen el conocimiento de que en las primeras etapas de la próstata cáncer no hay síntomas. Las actitudes presentadas por los encuestados es algo ambiguo. Por un lado, se muestran positivos al aceptar que es extremadamente importante tener un conocimiento adecuado sobre esta enfermedad y están listos para recibir atención médica en caso de presentar cualquier síntoma relacionado. Además, señalan que es importante realizar periódicamente una prueba de detección de cáncer a la edad de 40 años; sin embargo, al preguntar por el digital, el examen rectal, reportan una actitud negativa. Finalmente, se encontró una relación entre el nivel de educación y el interés en saber sobre el cáncer de próstata.(20)

2.2 MARCO TEÓRICO

CANCER DE PRÓSTATA

La próstata es una glándula en el sistema reproductor masculino ubicado justo debajo de la vejiga y frente al recto. Tiene aproximadamente el tamaño de una nuez y rodea parte de la uretra prostática. La glándula prostática produce el líquido prostático que forma parte del semen.



Fuente: Anatomía de la glándula prostática. (21)

La biología y la historia natural del cáncer de próstata no se conocen completamente. La evaluación rigurosa de cualquier modalidad de detección de cáncer de próstata es deseable porque la historia natural de la enfermedad es variable y el tratamiento adecuado no está claramente definido. Aunque la prevalencia de cáncer de próstata y lesiones preneoplásicas encontradas en la autopsia aumenta constantemente a cada década de edad, la mayoría de estas lesiones permanecen sin ser detectadas clínicamente. (22)

Existe una asociación entre el volumen del tumor primario y la extensión local de la enfermedad, la progresión y la supervivencia.(23) Una revisión de una gran

cantidad de cánceres de próstata en prostatectomía radical, cistectomía y autopsia mostró que la penetración capsular, la invasión de la vesícula seminal y las metástasis de los ganglios linfáticos se encontraron generalmente solo con tumores de más de 1,4 ml. (24) La etapa patológica no siempre refleja la etapa clínica y la aparición de un escenario (debido a la extensión extracapsular, los márgenes positivos, la invasión de vesículas seminales o la afectación de los ganglios linfáticos) ocurre con frecuencia. De los cánceres de próstata detectados por examen rectal digital (DRE) en la era de evaluación previa al PSA, del 67% al 88% se encontraban en un estadio clínicamente localizado (T1–2, NX, M0 [T = tamaño del tumor, N = compromiso de los ganglios linfáticos, y M = metástasis]).(25) Sin embargo, en una serie de 2,002 pacientes que se sometieron a una prueba de detección anual, solo un tercio de los hombres demostró tener patología relacionada con la enfermedad del órgano. (25)

2.2.1.1 Factores de riesgo (21)

a. Edad

El cáncer de próstata es poco frecuente en hombres menores de 50 años. La probabilidad de desarrollar cáncer de próstata aumenta a medida que los hombres envejecen.

b. Herencia

Un hombre cuyo padre, hermano o hijo ha tenido cáncer de próstata tiene un riesgo más alto que el promedio de cáncer de próstata.

Se estima que un 10% de los casos de cáncer de próstata pueden presentar un componente hereditario. Diversos estudios han demostrado que aquellos varones con antecedentes familiares de primer grado (padre, hermanos) de cáncer de próstata presentarían un riesgo dos veces superior de padecer esta enfermedad.

c. Raza

El cáncer de próstata ocurre con más frecuencia en hombres afroamericanos que en hombres blancos.

d. Hormonas

La próstata necesita hormonas masculinas para funcionar como debería. La principal hormona sexual masculina es la testosterona. La testosterona ayuda al cuerpo a desarrollar y mantener las características sexuales masculinas. La testosterona se transforma en dihidrotestosterona (DHT). La DHT es importante para el crecimiento normal de la próstata, pero también puede hacer que la próstata se agrande y pueda jugar un papel importante en el desarrollo del cáncer de próstata.

- e. **Dieta:** Hay evidencia epidemiológica de que las dietas con alto contenido en grasas podrían aumentar el riesgo de cáncer de próstata.

DETECCION TEMPRANA

La detección consiste en detectar cáncer antes de que una persona tenga algún síntoma. Esto puede ayudar a detectar el cáncer en una etapa temprana. Cuando el tejido anormal o el cáncer se detectan tempranamente, puede ser más fácil de tratar. Para cuando aparecen los síntomas, el cáncer puede haber comenzado a diseminarse. Los científicos están tratando de comprender mejor qué personas tienen más probabilidades de contraer ciertos tipos de cáncer. También estudian las cosas que hacemos y las que nos rodean para ver si causan cáncer. Esta información ayuda a los médicos a recomendar a quién se debe hacer una prueba de detección de cáncer, qué pruebas de detección se deben usar y con qué frecuencia se deben realizar las pruebas. Es importante recordar que el médico no necesariamente piensa que el paciente tiene cáncer si sugiere una prueba de detección. Las pruebas de detección se administran cuando no hay síntomas de cáncer. Las pruebas de detección pueden

repetirse regularmente. Si el resultado de una prueba de detección es anormal, es posible que deba realizarse más pruebas para determinar confirmatorias.(21)

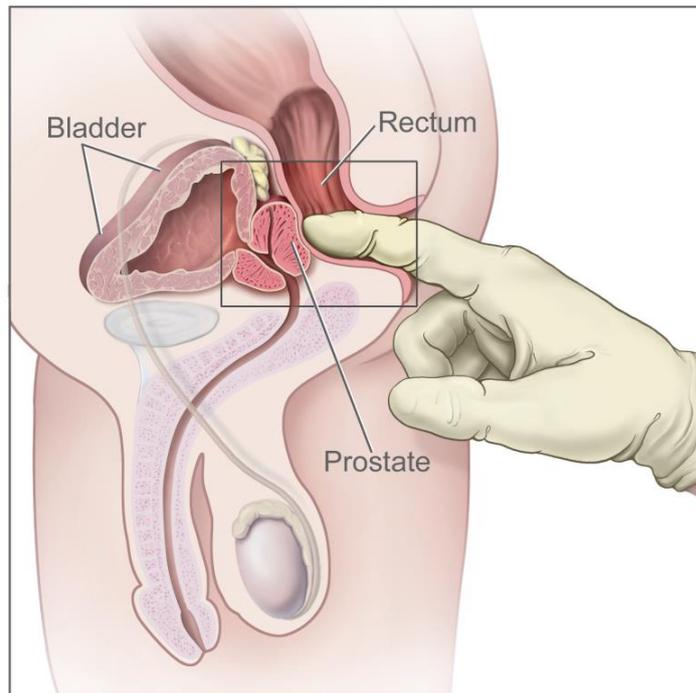
Si bien el examen rectal ha sido un elemento básico de la práctica médica durante muchas décadas, el PSA no tuvo un uso común hasta fines de la década de 1980 para el diagnóstico temprano del cáncer de próstata. Tras la amplia difusión de las pruebas de PSA, las tasas de incidencia aumentaron abruptamente.

TACTO RECTAL

Es un examen que consiste en la introducción de un dedo del explorador, protegido por un guante y lubricado, a través del ano y palpar la superficie de la próstata, situada en la parte anterior del recto. Las alteraciones que se pueden detectar mediante un tacto rectal y que nos pueden hacer sospechar la presencia de un cáncer de próstata son:

- Nódulos o irregularidades en la superficie.
- Aumento de la consistencia en una porción de la próstata o de manera difusa.
- Alteración en los bordes de la glándula.
- Palpación excesivamente dolorosa.

El tacto rectal se ha utilizado durante muchos años, todavía no se ha realizado una evaluación cuidadosa de esta modalidad. El examen es barato, relativamente no invasivo y no mórbido; sin embargo, su efectividad depende de la habilidad y experiencia del examinador. Varios estudios observacionales han examinado medidas del proceso, como la sensibilidad y los datos de supervivencia de casos, pero sin los controles apropiados y sin ajustes por sesgos en el tiempo de entrega y la duración de entrega de resultados.(26)



Fuente: Anatomía de Glándula Prostática. Examen rectal de glándula (21)

PSA

El antígeno prostático específico (PSA), es una glicoproteína que produce la glándula prostática, y tiene actividad enzimática de tipo proteico. La función del PSA es provocar la disolución del coágulo seminal para permitir que los espermatozoides se liberen. En condiciones patológicas los niveles de PSA aumentan en sangre, por lo que se considera un marcador tumoral de gran utilidad para el diagnóstico de cáncer de próstata. Generalmente se considera como normal un valor del antígeno prostático específico menor de 4 ng/mL.

INTERVALOS DE TIEMPO DE EXAMENES PREVENTIVOS

Se desconoce el rango óptimo de frecuencia y edad para las pruebas de PSA y tacto rectal. Se notificó que las tasas de detección de cáncer son similares para intervalos de 1 a 4 años.(26) Si bien los autores advierten que no se puede determinar una

frecuencia óptima de detección de la próstata a partir de estos datos, concluyen que entre los hombres que eligen someterse a la detección, un intervalo de 2 a 4 años es un buen comienzo. Estos datos pueden proporcionar un contexto para determinar un programa de detección de PSA.

EDUCACION SANITARIA

Los estudios han demostrado que las personas con mayores niveles de conocimiento tienen muchas más probabilidades de someterse a una prueba de detección del cáncer de próstata. La efectividad de programas educativos para aumentar el conocimiento sobre el cáncer de próstata y la participación en las pruebas de PSA en hombres es efectivo. Por lo tanto, las personas responsables deben ejecutar planes para educar a los hombres sobre la detección del cáncer de próstata y promover su estado de salud.(17) El compromiso agresivo y positivo de un médico en la toma de decisiones compartida, las influencias sociales a medida que promueven la prevención del cáncer de próstata entre los hombres, así como la política de detección institucional, tiene el potencial de aumentar la detección temprana y reducir la morbilidad en cáncer de próstata.(30) Se pueden evitar algunos factores de riesgo para el cáncer, pero muchos no. Por ejemplo, fumar y heredar ciertos genes son factores de riesgo para algunos tipos de cáncer, pero solo se puede evitar fumar. El ejercicio regular y una dieta saludable pueden ser factores protectores para algunos tipos de cáncer. Evitar los factores de riesgo y aumentar los factores de protección puede reducir su riesgo, pero no significa que no se contraiga cáncer.(21)

CAPÍTULO III

3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional no se considerará hipótesis

3.2 VARIABLES

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Edad	Años	<ol style="list-style-type: none">1. 40 a 49 años2. 50 a 59 años3. 60 a 69 años4. 70 a más	Razón
Estado civil	Condición civil al momento del estudio	<ol style="list-style-type: none">1. Casado2. Divorciado3. Separado4. Conviviente5. Soltero	Nominal
Lugar de procedencia	Lugar de residencia en los últimos 2 años	<ol style="list-style-type: none">1. Tacna2. Arequipa3. Puno4. Lima5. Otro_____	Nominal

Ocupación	Actividad a la que se dedica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Su casa 2. Obrero independiente 3. Obrero dependiente 4. Profesional independiente 5. Profesional dependiente 6. Sin ocupación 	Nominal
Fuente de información preventiva	Lugar o personas que le informaron sobre su actual estado de conocimientos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Centro de Salud 2. Hospital 3. Radio 4. Televisión 5. Internet 6. Amigo/familiar 7. Otro 	Nominal
Nivel de conocimientos	(31)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Malo(bajo) 2. Regular 3. Bueno 4. Muy Bueno 	Nominal
Creencias	(31)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuada 2. Inadecuada 	Nominal
Actitud	(31)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actitud positiva 2. Actitud indiferente 3. Actitud negativa 	Ordinal

Prácticas	(32)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibió orientación y consejería en detección de cáncer de próstata 2. Realización de un examen rectal de próstata. 3. Motivo de la solicitud de examen de próstata 4. Fecha de último examen rectal 5. Realización de PSA 6. Fecha de último PSA 	Nominal
-----------	------	---	---------

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional de corte transversal, prospectivo y analítico, en el campo de la salud pública y línea de investigación de prevención de riesgos en población general.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El Centro de Salud Metropolitano es un establecimiento de salud perteneciente al Ministerio de Salud del Perú y que se encuentra brindando sus servicios en el área del mercado de la ciudad de Tacna. Cubre aproximadamente una población asignada de 61,000 habitantes y una indeterminada de transeúntes.

La jurisdicción poblacional está organizada por sectores (anexo 02) abarcando una de las mayores poblaciones asignadas.

Cuenta con los servicios de medicina general, psicología, odontología, enfermería, obstetricia, asistencia social y farmacia principalmente con 08 médicos de planta en horarios de atención de 12 horas con guardias diurna.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Cuenta con una población aproximada de varones mayores de 40 años de 4700 principalmente urbana. Asimismo, se encuentra registrado en la jurisdicción 1255 hogares. Estimación MINSA/INEI 2018.

Muestra

Se realizó con muestreo aleatorio por conglomerados bietápico, donde la unidad de muestreo será “el hogar”. En la primera etapa se considerará el número de manzanas por sector jurisdiccional determinado por el establecimiento y en actual vigencia, de los cuales se seleccionarán aleatoriamente por carga poblacional. Posteriormente se seleccionarán los varones en los sectores domiciliarios en un total de:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * N * p * q}{(N-1) E^2 + Z_{\alpha}^2 p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población

Z_{α} = Nivel de confianza o seguridad (95%)

p = Proporción esperada mínima con complicaciones (9%)

q = 1-p

E = Error de estimación

- N= 4700
- Z= 1.96
- p= 0.5
- q=0.5
- e= 5%

n = 355

Se procuró pesquisar un número similar de unidades de análisis (varones de 40 años) por sector.

En el hogar se seleccionó a los varones mayores de 40 años que cumpla los siguientes criterios:

4.3.1.1 Criterios de inclusión

- a. Varón de 40 años o más
- b. Residencia en jurisdicción de C.S. Metropolitano
- c. Residencia mayor a 3 meses

4.3.1.2 Criterios de exclusión

- a. Varones transeúntes (visita) o en turismo
- b. Con diagnóstico o en tratamiento de cáncer prostático.
- c. Varones en tratamiento psiquiátrico.
- d. Que no deseen participar de la investigación

4.4 TECNICA Y FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TECNICA

Cuestionario estructurado auto administrado y supervisado.

INSTRUMENTOS (ver anexos)

a) Ficha sociodemográfica

Se trata de instrumento que indaga los antecedentes personales de la población estudiada, características familiares, económicas, educaciones, laborales y de creencias.

b) Instrumento de conocimientos, creencias y actitudes

Cuestionario de medición de conocimientos , creencias y actitudes distribuyéndose los diferentes reactivos de la siguiente manera (31) (32) (33), validado para Latinoamérica.

Categorías	Ítems que lo valoran
Creencias	1, 2, 3, 6, 7, 9, 14, 15, 17, 18, 22, 24, 27, 29, 30, 32, 33, 35, 37, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 49, 50, 52, 54, 61, 62, 68, 79.
Actitudes	4, 8, 11, 12, 16, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 31, 34, 36, 38, 41, 46, 47, 48, 51, 53, 55, 56, 58, 59, 63, 65, 69, 80, 85.
Conocimientos	5, 10, 13, 57, 60, 64, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 82, 83, 84.

Se validó con Alfa de Cronbach para medir la connivencia interna del instrumento mediante prueba piloto de 20 participantes. Se exigirá un valor por encima de 0.7 para considerar la consistencia y confiabilidad.

La escala para creencias y actitudes se hizo en función de:

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

El nivel de conocimientos se midió en escala vigesimal, convertida desde puntaje Likert, dicotomizada para cada ítem en: Correcto e Incorrecto.

c) Cuestionario de Prácticas(32)

Cuestionario de 6 reactivos relacionados a medidas preventivas y control médico (prácticas) en relación a patología prostática.

Cada pregunta se convierte en una variable final de respuesta. (ver anexos)

CAPÍTULO V

5 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

Se contó con 4 encuestadores capacitados y de ámbito profesional sanitario, conocedores del área geográfica y con acceso a los hogares de la jurisdicción.

La aplicación del instrumento de recolección de datos será de tipo cuantitativo adaptado y validado por publicaciones existentes.

El instrumento contempló:

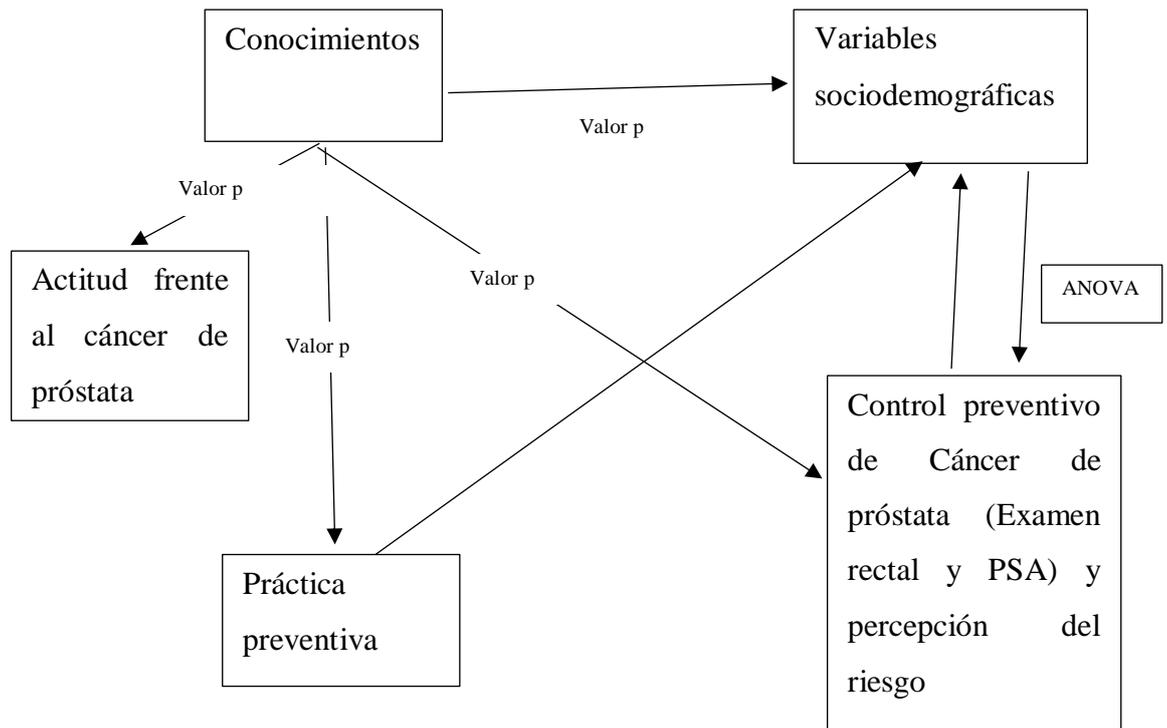
- Cuestionarios estructurados
- Ajustado a los objetivos de estudio.
- Auto administrado con supervisión del investigador.
- Base numérica de respuestas en actitud

5.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los resultados se presentan en tablas y gráficos de doble entrada. Los datos se codificaron en EXCEL y EPI INFO en base compatible con programas estadísticos. Se realizará en primera instancia el análisis univariado para las variables de percepción de riesgo, actitud y práctica. Se usó análisis bivariado para la relación existente entre variables sociodemográficas y las de percepción de riesgo y actitud. Las pruebas ANOVA para diferenciar según grupo que percibe riesgo y de aquel que no. Se utilizó la prueba de Chi cuadrada para el

contraste de variables cualitativas y la identificación de características asociadas con un valor un valor p significativo menor a 0.05.

Se consideró el siguiente esquema para el análisis:



5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

- El proyecto fue aprobado por dictaminador institucional correspondiente de la Universidad bajo el reglamento de presentación de trabajos de investigación conducentes a título profesional 2019.
- Todas las personas fueron informadas sobre la importancia del estudio, solicitando su participación voluntaria y colaboración.
- Se guardó absoluta confidencialidad de la identidad de las personas abordadas, a los cuales se les asignará un código de proceso. Para tal fin el levantamiento de la información será totalmente anónima.
- Los resultados fueron absolutamente científicos, cuidando la confidencialidad de los participantes.

RESULTADOS

TABLA 1.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE PRINCIPALES VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS EN HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS RESIDENTES EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019

		N	%
EDAD	40 A 49 AÑOS	134	37.7%
	50 A 59 AÑOS	154	43.4%
	60 A MÁS AÑOS	67	18.9%
	Total	355	100.0%
ESTADO CIVIL	CASADO	109	30.7%
	SOLTERO	30	8.5%
	VIUDO	20	5.6%
	DIVORCIADO	10	2.8%
	SEPARADO	21	5.9%
	CONVIVIENTE	165	46.5%
	Total	355	100.0%
PROCEDENCIA	TACNA	275	77.5%
	AREQUIPA	21	5.9%
	PUNO	20	5.6%
	LIMA	16	4.5%
	MOQUEGUA	6	1.7%
	APURIMAC	3	0.8%
	CUSCO	8	2.3%
	PIURA	3	0.8%
	IQUITOS	3	0.8%
	Total	355	100.0%
OCUPACIÓN	SU CASA	22	6.2%
	OBRERO INDEPENDIENTE	135	38.0%
	OBRERO DEPENDIENTE	39	11.0%
	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	53	14.9%
	PROFESIONAL DEPENDIENTE	87	24.5%
	ESTUDIANTE	0	0.0%
	SIN OCUPACIÓN	19	5.4%
	Total	355	100.0%

En la tabla 1 podemos observar que el 43.4% del grupo de estudio tenía entre 50 y 59 años seguido de un 37.7% con 40 a 49 años y un 18.9% con 60 a más años.

Según el estado civil, el 30.7% tenía la condición de casado seguido de un 46.5% de conviviente, principalmente.

Según la procedencia, el 77.5% procedía de la ciudad de Tacna y el 5.9% de la ciudad de Arequipa, así como del 5.6% de la ciudad de Puno, principalmente.

Según la ocupación, el 38% era obrero independiente seguido de un 24.5% como profesional dependiente, principalmente.

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN OCUPACIÓN EN LOS HOMBRES
MAYORES DE 40 AÑOS RESIDENTES EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO
DE SALUD METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019

		N	%
OCUPACIÓN	COMERCIANTE/AMBULANTE/REPARTIDOR	86	24.2%
	NINGUNA/SU CASA	41	11.5%
	PROFESOR	37	10.4%
	CHOFER/TAXI/TRAILER	30	8.5%
	EMPLEADO	30	8.5%
	CONTADOR	16	4.5%
	INGENIERO	14	3.9%
	ARQUITECTO	10	2.8%
	ADMINISTRADOR	10	2.8%
	DISEÑADOR	6	1.7%
	POLICÍA	6	1.7%
	VETERINARIO	5	1.4%
	ALBAÑIL	5	1.4%
	MÚSICO	5	1.4%
	ABOGADO	4	1.1%
	MILITAR	4	1.1%
	ANALISTA	4	1.1%
	CHEF	3	0.8%
	CONFECCIONISTA	3	0.8%
	PERIODISTA	3	0.8%
	ESTADÍSTICO	3	0.8%
	TÉCNICO	3	0.8%
	ELECTRICISTA	3	0.8%
	OPTÓMETRO	3	0.8%
	TERAPISTA	3	0.8%
	ECONOMISTA	3	0.8%
	MECÁNICO	3	0.8%
VIGILANTE	3	0.8%	
CARPINTERO	3	0.8%	
ODONTÓLOGO	3	0.8%	
PELUQUERO	3	0.8%	
Total	355	100.0%	

En la tabla 2 podemos observar que el 24.2% de los pobladores abordados tenían la ocupación de comerciante, ambulante o repartidor seguido de un 11.5% con ocupación su casa o no tenía ninguna ocupación en el momento de la investigación.

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA PRINCIPAL FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PATOLOGÍA PROSTÁTICA EN HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS RESIDENTES EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019

		N	%
CENTRO DE SALUD	NO	194	54.6%
	SI	161	45.4%
	Total	355	100.0%
HOSPITAL	NO	217	61.1%
	SI	138	38.9%
	Total	355	100.0%
RADIO	NO	299	84.2%
	SI	56	15.8%
	Total	355	100.0%
TELEVISIÓN	NO	301	84.8%
	SI	54	15.2%
	Total	355	100.0%
INTERNET	NO	151	42.5%
	SI	204	57.5%
	Total	355	100.0%
AMIGOS/FAMILIARES	NO	192	54.1%
	SI	163	45.9%
	Total	355	100.0%
OTRO	NO	355	100.0%
	SI	0	0.0%
	Total	355	100.0%

En la tabla 3 podemos observar que el 45.4% habían recibido la información que actualmente tiene, en un Centro de Salud, el 38.9% en un hospital. La demanda de información también fue de la radio, televisión e internet siendo del 15.8%, 15.2% y 57.5% respectivamente. Podemos claramente observar que la fuente más solicitada fue la que propiamente el paciente explora mediante el internet.

Se pudo evidenciar que el 45.9% también recibió información de amigos y familiares. Podemos concluir que la alta carga de fuente de información no procede de personal calificado o de establecimientos formalmente constituidos.

TABLA 4

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL CONSOLIDADO FINAL DE LA MEDICIÓN DE CREENCIAS, ACTITUD Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN LOS HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS RESIDENTES EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019

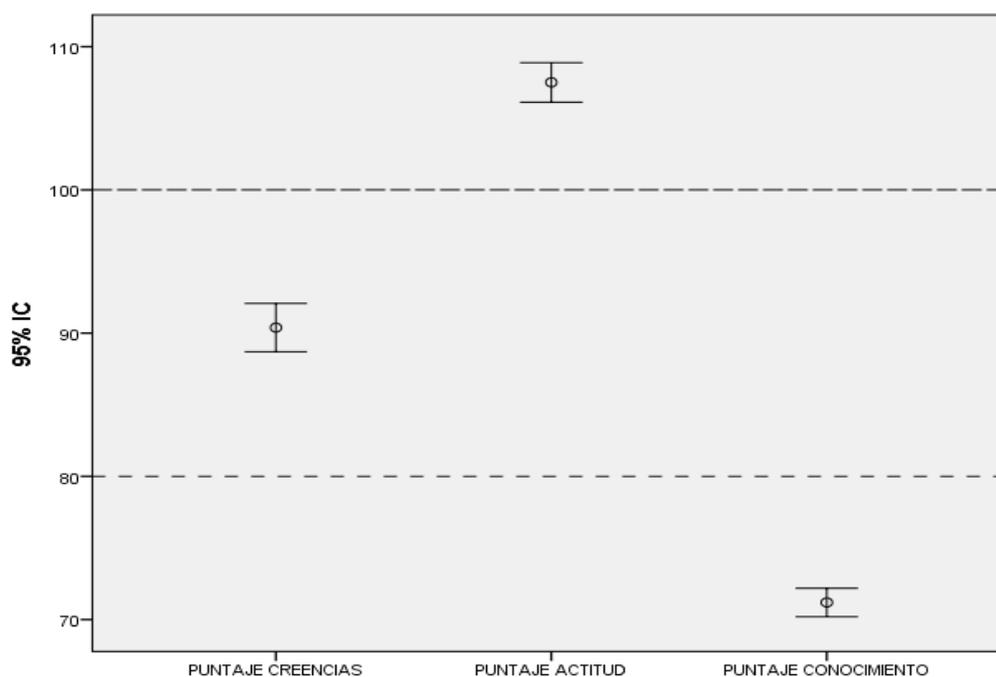
		N	%
CREENCIAS	ADECUADAS	54	15.2%
	INADECUADAS	301	84.8%
	Total	355	100.0%
ACTITUD	POSITIVA	131	36.9%
	INDIFERENTE	114	32.1%
	NEGATIVA	110	31.0%
	Total	355	100.0%
CONOCIMIENTO	MUY BUENO	60	16.9%
	BUENO	133	37.5%
	REGULAR	99	27.9%
	DEFICIENTE	63	17.7%
	Total	355	100.0%

En la tabla 4 podemos observar el consolidado final del test de aplicación de medición de creencias, actitudes y conocimientos respecto a patología prostática en la población de estudio.

Respecto a la presencia de creencias podemos observar que el 84.8% tiene, en conjunto, un nivel inadecuado y el 15.2% con un nivel de creencias positivas o que podría ser reforzadas con orientación y consejería apropiados.

Lo que más llama la atención es la medición de la actitud, donde el 32.1% tiene un nivel actitudinal indiferente a la enfermedad y el 31% una actitud negativa hacia mecanismo de prevención control y manejo de la enfermedad prostática. Sólo un 36.9% manifiesta una actitud positiva hacia su estado sanitario.

Respecto al nivel de conocimientos, el 37.5% estaba en un nivel considerado como bueno y un 27.9% como regular. Sólo 17.7% estaba en el nivel deficiente.



GRÁFICA 1. COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE CREENCIAS ACTITUD Y CONOCIMIENTOS CON UN INTERVALO DEL 95% DE CONFIANZA EN HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS RESIDENTES EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019

En la gráfica 1 se comparan los niveles de creencias, actitudes y conocimientos abordados en la población sujeta de estudio. Mediante el análisis de varianza se trabaja la variabilidad en las respuestas y se comparan los promedios de estas mediante la gráfica de error aquí representada. Cabe destacar que la lectura de la misma es que a mayor puntaje, los niveles de estado no deseado también son elevados.

Tal es así que podemos evidenciar que el puntaje de actitud comparativamente es más elevado que los de creencias de conocimientos y esta diferencia es altamente significativa entre las 3. Afirmar que el nivel de actitud es la característica más comprometida y que en segundo lugar el estado de creencias negativas está en un segundo orden de influencia. Si el estudio lo repitiéramos 100 veces, en el 95% de los casos observaríamos lo que se encuentra representada en la Gráfica 1.

TABLA 5

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL NIVEL ACTITUDINAL SEGÚN CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS EN HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS RESIDENTES EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019

		ACTITUD								p:
		POSITIVA		INDIFERENTE		NEGATIVA		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
CREENCIAS	ADECUADAS	39	72.2%	15	27.8%	0	0.0%	54	100.0%	0,000*
	INADECUADAS	92	30.6%	99	32.9%	110	36.5%	301	100.0%	
	Total	131	36.9%	114	32.1%	110	31.0%	355	100.0%	
CONOCIMIENTO	MUY BUENO	3	5.0%	33	55.0%	24	40.0%	60	100.0%	0,000*
	BUENO	50	37.6%	49	36.8%	34	25.6%	133	100.0%	
	REGULAR	52	52.5%	12	12.1%	35	35.4%	99	100.0%	
	DEFICIENTE	26	41.3%	20	31.7%	17	27.0%	63	100.0%	
	Total	131	36.9%	114	32.1%	110	31.0%	355	100.0%	

En la tabla 5 podemos observar que en el grupo que tenía creencias inadecuadas, el 36.5% también tenía una actitud negativa; en cambio en aquellos que tenían creencias adecuadas el 72.2% tenía una actitud positiva. Esta diferencia es altamente significativa y se puede afirmar que existe una asociación entre el nivel de creencias y el nivel de actitud que tienen los pacientes sujetos de estudio.

Según el nivel de conocimientos, aquellos que tenían un estado deficiente, el 27% tenía una actitud negativa pero un 41.3% una actitud positiva. Aquellos que tenían un nivel de conocimientos bueno, el 37.6% tenía una actitud positiva y el 25.6% una actitud negativa. Podemos ver que la inclinación de la actitud positiva es independiente del nivel de conocimientos, así exista una diferencia significativa entre los diferentes grupos del nivel actitudinal.(p:0.00).

TABLA 6

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL NIVEL ACTITUDINAL SEGÚN
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN HOMBRES MAYORES DE 40
AÑOS RESIDENTES EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD
METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019**

		ACTITUD								p:
		POSITIVA		INDIFERENTE		NEGATIVA		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
EDAD	40 A 49 AÑOS	32	23.9%	39	29.1%	63	47.0%	134	100.0%	0,000*
	50 A 59 AÑOS	65	42.2%	60	39.0%	29	18.8%	154	100.0%	
	60 A MÁS AÑOS	34	50.7%	15	22.4%	18	26.9%	67	100.0%	
	Total	131	36.9%	114	32.1%	110	31.0%	355	100.0%	
ESTADO CIVIL	CASADO	50	45.9%	21	19.3%	38	34.9%	109	100.0%	0,000
	SOLTERO	8	26.7%	11	36.7%	11	36.7%	30	100.0%	
	VIUDO	13	65.0%	7	35.0%	0	0.0%	20	100.0%	
	DIVORCIADO	6	60.0%	4	40.0%	0	0.0%	10	100.0%	
	SEPARADO	3	14.3%	9	42.9%	9	42.9%	21	100.0%	
	CONVIVIENTE	51	30.9%	62	37.6%	52	31.5%	165	100.0%	
	Total	131	36.9%	114	32.1%	110	31.0%	355	100.0%	
PROCEDENCIA	TACNA	90	32.7%	86	31.3%	99	36.0%	275	100.0%	0,000
	AREQUIPA	11	52.4%	6	28.6%	4	19.0%	21	100.0%	
	PUNO	3	15.0%	10	50.0%	7	35.0%	20	100.0%	
	LIMA	13	81.3%	3	18.8%	0	0.0%	16	100.0%	
	MOQUEGUA	3	50.0%	3	50.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	APURIMAC	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	CUSCO	8	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	8	100.0%	
	PIURA	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	IQUITOS	0	0.0%	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%	
	Total	131	36.9%	114	32.1%	110	31.0%	355	100.0%	
OCUPACIÓN	SU CASA	13	59.1%	6	27.3%	3	13.6%	22	100.0%	0,000*
	OBRERO INDEPENDIENTE	53	39.3%	46	34.1%	36	26.7%	135	100.0%	
	OBRERO DEPENDIENTE	3	7.7%	23	59.0%	13	33.3%	39	100.0%	
	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	24	45.3%	20	37.7%	9	17.0%	53	100.0%	
	PROFESIONAL DEPENDIENTE	28	32.2%	19	21.8%	40	46.0%	87	100.0%	
	SIN OCUPACIÓN	10	52.6%	0	0.0%	9	47.4%	19	100.0%	
	Total	131	36.9%	114	32.1%	110	31.0%	355	100.0%	

Las variables de edad (p:0.00) estado civil (p:0.00), procedencia (p:0.00) y ocupación (p:0.00) estuvieron asociadas al nivel actitudinal.

Se pudo observar que en el grupo de edad entre 40 a 49 años, el 47% tenía una actitud negativa respecto a los demás grupos y esta diferencia fue significativa.

Según el estado civil, en el grupo de separados, el 42.9% tenía una actitud negativa y un 42.9% una actitud indiferente, proporciones marcadamente diferentes a los demás grupos o condiciones de estado civil. Esta diferencia fue significativa.

Según procedencia, podemos observar que a pesar que se tuvo una población baja que procedía de Puno y Arequipa, las proporciones con actitud negativa en este grupo fueron mayores proporcionalmente a las presentadas en los demás grupos procedentes de otras localidades, incluyendo la de Tacna. La diferencia fue significativa.

Según la ocupación el 46% de los profesionales dependientes tenían una actitud negativa y aquellos que no tenían una ocupación conocida el 47.4% también tenían este mismo nivel de actitud no deseada. Los profesionales independientes y aquellos que tenían como principal ocupación su casa presentaron proporciones de actitud positiva más elevados que el resto del grupo con un 59.1% y 45.3% respectivamente. Esta diferencia entre los grupos profesionales altamente significativa.

TABLA 7

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA REALIZACIÓN DE
EXAMEN RECTAL EN LOS HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS
RESIDENTES EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD
METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019**

		N	%
SE REALIZÓ EXAMEN RECTAL	NO	293	82.5%
	SI	62	17.5%
	Total	355	100.0%

En la tabla 7 se puede observar que el 82.5% no se ha realizado un examen rectal y el 17.5% sí.

TABLA 8

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS RAZONES QUE TUVO
PARA REALIZARSE EL EXAMEN RECTAL EN HOMBRES
MAYORES DE 40 AÑOS RESIDENTES EN LA JURISDICCIÓN DEL
CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE
TACNA, 2019**

		N	%
SÍNTOMAS	NO	32	51.6%
	SI	30	48.4%
	Total	62	100.0%
CASOS DE CÁNCER EN FAMILIA	NO	43	69.4%
	SI	19	30.6%
	Total	62	100.0%
PREVENCIÓN DE CANCER	NO	27	43.5%
	SI	35	56.5%
	Total	62	100.0%
SOLICITÓ EXÁMEN VOLUNTARIAMENTE	NO	35	56.5%
	SI	27	43.5%
	Total	62	100.0%

La tabla 8 se presentan las diferentes razones que tuvieron los pacientes quisiera avisaron el examen rectal. El 48.4% refiere por haberse realizado el examen por haber tenido algún síntoma prostático, el 30.6% porque tuvo algún familiar con cáncer, el 56.5% como una actividad preventiva de cáncer en el varón y el 43.5% lo solicitó voluntariamente sin que existiera alguna otra razón clínica que lo evidenciara.

TABLA 9

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL ÚLTIMO EXAMEN RECTAL
REALIZADO EN HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS RESIDENTES
EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO
DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019**

		N	%
ULTIMO EXAMEN RECTAL	NO SE HIZO	0	0.0%
	HACE MAS DE 1 AÑO	17	27.4%
	ENTRE 1 A 2 AÑOS	25	40.3%
	HACE 3 A 5 AÑOS	11	17.7%
	HACE MAS DE 5 AÑOS	9	14.5%
	Total	62	100.0%

La tabla nueve muestra la frecuencia con la que se realizaron el examen rectal el 40.3% lo hizo hace unos 2 años seguido de un 27.4% que lo hizo hace más de 1 año. Un 14.5% de varones no se realizaron el examen rectal hace más de 5 años.

TABLA 10

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN REALIZACION DE EXAMEN PSA EN HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS RESIDENTES EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019

		N	%
SE REALIZÓ EXAMEN PSA	NO	106	29.9%
	SI	30	8.5%
	NO CONOCE	219	61.7%
	Total	355	100.0%

En la tabla 10 se presenta la distribución de frecuencias de grupo de pacientes que se realizaron el examen PSA. Sólo el 8.5% se ha realizado dicho examen auxiliar, pero existe un 61.7% que refieren no conocer dicho procedimiento.

TABLA 11

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL ÚLTIMO PSA REALIZADO EN HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS RESIDENTES EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019

		N	%
ÚLTIMO PSA	NO SE HIZO	0	0.0%
	< DE 1 AÑO	7	23.3%
	HACE 1 A 2 AÑOS	20	66.7%
	3 A 5 AÑOS	3	10.0%
	> 5 AÑOS	0	0.0%
	NO SABE/NO RECUERDA	0	0.0%
	Total	30	100.0%

En el grupo de estudio, de los 30 pacientes que se realizaron el examen de PSA, el 66.7% lo hizo hace 1 a 2 años seguido de un 23.3% hace menos de un año.

TABLA 12

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS CREENCIAS, ACTITUD Y CONOCIMIENTO SEGÚN LA PRÁCTICA DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN RECTAL EN HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS RESIDENTES EN LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE TACNA, 2019

		SE REALIZÓ EXAMEN RECTAL						p:
		NO		SI		Total		
		N	%	N	%	N	%	
CREENCIAS	ADECUADAS	34	63.0%	20	37.0%	54	100.0%	0,000*
	INADECUADAS	259	86.0%	42	14.0%	301	100.0%	
	Total	293	82.5%	62	17.5%	355	100.0%	
ACTITUD	POSITIVA	69	52.7%	62	47.3%	131	100.0%	0,000*
	INDIFERENTE	114	100.0%	0	0.0%	114	100.0%	
	NEGATIVA	110	100.0%	0	0.0%	110	100.0%	
	Total	293	82.5%	62	17.5%	355	100.0%	
CONOCIMIENTO	MUY BUENO	57	95.0%	3	5.0%	60	100.0%	0,013*
	BUENO	112	84.2%	21	15.8%	133	100.0%	
	REGULAR	76	76.8%	23	23.2%	99	100.0%	
	DEFICIENTE	48	76.2%	15	23.8%	63	100.0%	
	Total	293	82.5%	62	17.5%	355	100.0%	

En la tabla 12 pudimos observar que aquellos que tuvieron una creencia inadecuada, sólo el 14% se realiza el examen rectal. En cambio, aquellos que tuvieron creencias adecuadas, el 37% se hizo el examen. Diferencia altamente significativa (p:0,00).

Según el nivel actitudinal, aquellos pacientes con una actitud positiva, el 47.3% tenía el antecedente haberse realizado el examen rectal, en comparación aquellos con una actitud indiferente o negativa, donde el 100% no se realizó el examen rectal (p:0.00).

Según el nivel de conocimientos, aquellos con conocimientos adecuados, no tuvieron el antecedente de haberse realizado el examen rectal, en comparación con aquellos que, con conocimiento regulares o deficientes, tuvieron el antecedente de haberse realizado el examen rectal en un 23.2% y un 23.8%, respectivamente.

TABLA 13

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA EL NIVEL DE CREENCIAS
ACTITUD CONOCIMIENTO SEGÚN EL ANTECEDENTE DE
HABERSE REALIZADO EL EXAMEN DE PSA EN HOMBRES
MAYORES DE 40 AÑOS RESIDENTES EN LA JURISDICCIÓN DEL
CENTRO DE SALUD METROPOLITANO DE LA CIUDAD DE
TACNA, 2019**

		SE REALIZÓ EXAMEN PSA								p:
		NO		SI		NO CONOCE		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
CREENCIAS	ADECUADAS	25	46.3%	10	18.5%	19	35.2%	54	100.0%	0,000*
	INADECUADAS	81	26.9%	20	6.6%	200	66.4%	301	100.0%	
	Total	106	29.9%	30	8.5%	219	61.7%	355	100.0%	
ACTITUD	POSITIVA	52	39.7%	30	22.9%	49	37.4%	131	100.0%	0,000*
	INDIFERENTE	29	25.4%	0	0.0%	85	74.6%	114	100.0%	
	NEGATIVA	25	22.7%	0	0.0%	85	77.3%	110	100.0%	
	Total	106	29.9%	30	8.5%	219	61.7%	355	100.0%	
CONOCIMIENTO	MUY BUENO	3	5.0%	0	0.0%	57	95.0%	60	100.0%	0,000*
	BUENO	36	27.1%	4	3.0%	93	69.9%	133	100.0%	
	REGULAR	38	38.4%	11	11.1%	50	50.5%	99	100.0%	
	DEFICIENTE	29	46.0%	15	23.8%	19	30.2%	63	100.0%	
	Total	106	29.9%	30	8.5%	219	61.7%	355	100.0%	

En el grupo que tiene creencias inadecuadas, el 66.4% no conoce la existencia el examen PSA, en comparación al 35.2% que tiene creencias adecuadas y que no conoce

a la vez este examen especial. Se puede evidenciar en este último grupo, que el 18.5% sí se había realizado el examen comparado tan sólo el 6.6% del grupo con creencias inadecuadas. Esta diferencia fue altamente significativa ($p:0,00$).

Respecto al nivel actitudinal, aquellos que tenían un nivel indiferente o negativo, el 74.6% y el 77.3% respectivamente no conocían el examen PSA.

Respecto al nivel de conocimientos, en el grupo con nivel deficiente, el 23.8% se había realizado el examen. Aquellos con un nivel de conocimiento muy bueno, el 95% refiere no conocer el examen y el 5% simplemente no se lo realizó.

DISCUSIÓN

El cáncer de próstata, según la Organización Mundial de la Salud, es la segunda causa más común de cáncer en los hombres en todo el mundo. Se sabe también de una menor mortalidad en los países desarrollados debido a la detección temprana, mientras que, en los países en desarrollo, la mayoría de las víctimas de cáncer son diagnosticadas con tumores en etapa tardía e incurable, lo que apunta a la necesidad de planes de educación y mejores programas de detección. Un desafío común encontrado en la presentación tardía de los pacientes afectados es atribuido principalmente a la falta de conciencia, la educación sanitaria inadecuada, la falta de programas de detección del cáncer de próstata, la pobreza, las instalaciones de atención médica deficientes y la escasez de atención urológica especializada. Torres-Roman et al. en Perú refiere que durante el período 2010-2014, la costa tuvo la tasa de mortalidad más alta de cáncer de próstata (28,9 por 100, 000), mientras que la selva tropical tuvo la más baja (7,43 por 100, 000). Además, hubo un aumento en la mortalidad en la costa y una disminución en la selva tropical durante el período 2005-2014. Afirma que las tasas de mortalidad por cáncer de próstata en Perú continúan aumentando. (1)

Los síntomas urológicos actúan como una señal de riesgo para los hombres en cáncer de próstata. Los hombres asintomáticos deben considerarse por separado de los hombres sintomáticos en la investigación de variables predictivas de la búsqueda de detección del cáncer de próstata. Las malas percepciones y actitudes sobre el cribado del cáncer de próstata son algunas de las razones para la presentación tardía de informes para el cribado y tratamiento. Comprender las percepciones de los pacientes y cómo se traduce en la detección y el tratamiento es importante para los médicos y los profesionales de la salud pública, ya que esta información aclara el conocimiento existente y proporciona información valiosa para el diseño de programas de salud pública para reducir la carga de la enfermedad.

En el presente estudio se seleccionó a varones mayores de 40 años, donde el 43.4% tenía entre 50 y 59 años seguido de un 37.7% con 40 a 49 años y un 18.9% con 60 a más años. El 30.7% era casado y el 46.5% de conviviente. Donde el 38% era obrero independiente seguido de un 24.5% como profesional dependiente, principalmente.

Respecto a cáncer de próstata, la población en estudio el 45.4% habían recibido la información que actualmente tiene, en un Centro de Salud, pero la fuente más solicitada fue la que propiamente el paciente explora mediante la internet (57.5%). Robles refiere que el 57.8% de los encuestados ha sido informado sobre el cáncer de próstata por amigos y familia.(20) Morlando et al. evalúa los conocimientos, actitudes y comportamientos hacia el cáncer de próstata y su prevención, así como la percepción del riesgo de cáncer. El 72,7% de los encuestados había oído hablar de la prueba de PSA y el 51,1% de los encuestados había oído hablar de ella a través de sus médicos. (10) Dillard et al. examina las relaciones entre el riesgo percibido de cáncer y las conductas para las pruebas de detección. A medida que aumentaba el riesgo percibido de cáncer, era más probable que los pacientes buscaran información sobre la detección por sí mismos. Concluyó que un mayor riesgo percibido se asoció con una mayor participación del paciente. (3)

En nuestro estudio se exploraron creencias, actitudes y conocimientos. El 84.8% tiene, en conjunto, un nivel inadecuado de creencias. El 32.1% tiene un nivel actitudinal indiferente a la enfermedad y el 31% una actitud negativa. Morlando afirma que sus encuestados tienen un conocimiento moderado sobre el cáncer de próstata y una buena actitud a someterse a la prueba de PSA. Por lo tanto, sería necesario aumentar la información sobre los riesgos del cáncer de próstata y los beneficios de la prevención del cáncer de próstata.(10)

Encontramos en nuestro estudio que las variables de edad (p:0.00) estado civil (p:0.00), procedencia (p:0.00) y ocupación (p:0.00) estuvieron asociadas al nivel actitudinal frente al cáncer de próstata. Kye et al. encontró que hubo una diferencia entre los datos sociodemográficos y los antecedentes familiares de cáncer y la causa percibida de riesgo de cáncer. (14) Mirzaei-Alavijeh refiere que los factores

predictivos más influyentes para la detección temprana fue la edad mayor de 60 años y el conocimiento sobre el cáncer de próstata (OR: 3.693). Además, la actitud y las normas subjetivas fueron los predictores más influyentes. (15) Robles refiere que las actitudes presentadas por los encuestados es algo ambiguo. El examen rectal, reportan una actitud negativa.(20) Alexis et al. refiere que los hombres más pobres y menos educados se muestran más reacios a buscar ayuda para el cáncer de próstata. Es posible que no visiten a sus médicos por temor a la intrusión en sus vidas personales. (16) Alexis et al. refiere que los varones temen ser emasculados como resultado del examen rectal digital. La revisión identifica una escasez de literatura sobre los temores y percepciones de los hombres sobre el cáncer de próstata.(16) Vernooij et al. refiere que la variabilidad de los valores y preferencias de los hombres refleja que la decisión de evaluar es altamente sensible a las preferencias. La revisión destaca la necesidad de una toma de decisiones compartida en hombres que consideran la detección del cáncer de próstata.(18)

En nuestro estudio el 82.5% no se ha realizado un examen rectal y el 17.5% sí. Sólo el 8.5% se ha realizado el PSA, pero existe un 61.7% que refieren no conocer dicho procedimiento. Morlando refiere que solo el 29.6% de los hombres en su estudio se habían sometido a una prueba de PSA y el 59.4% estaba dispuesto a hacerlo en el futuro. (10) Mirzaei-Alavijeh et al. afirman que la detección puede ser efectiva para reducir las muertes por cáncer de próstata. Alrededor del 26,5% de los participantes demostraron un comportamiento de detección temprana del cáncer de próstata. (15)

Molazem et al determina el efecto de un programa educativo para la prevención del cáncer de próstata en el conocimiento y las pruebas de antígeno prostático específico en hombres mayores de 50 años. Los resultados mostraron que la participación del grupo de intervención en las pruebas de APE aumentó de 6.12% a 36.4% tres meses después de la intervención. (17)

Organizar programas de intervención preventiva se hacen necesarios en nuestro medio, pero debe de considerarse que se debe de mejorar la actitud y las creencias respecto a las medidas preventivas en la población en estudio en la región.

CONCLUSIONES

- a) De la población en estudio, el 43.4% tenía entre 50 y 59 años seguido de un 37.7% con 40 a 49 años y un 18.9% con 60 a más años. El 30.7% tenía la condición de casado seguido de un 46.5% de conviviente, el 77.5% procedía de la ciudad de Tacna y el 5.9% de la ciudad de Arequipa, así como del 5.6% de la ciudad de Puno, el 38% era obrero independiente seguido de un 24.5% como profesional dependiente, principalmente.
- b) Respecto a creencias, el 84.8% tiene un nivel inadecuado. Respecto a conocimientos, el 37.5% tiene un nivel bueno y un 27.9% regular. Sólo 17.7% estaba en el nivel deficiente.
- c) El 32.1% tiene un nivel actitudinal indiferente a la enfermedad y el 31% una actitud negativa hacia mecanismo de prevención control y manejo de la enfermedad prostática. Sólo un 36.9% manifiesta una actitud positiva hacia su estado sanitario.
- d) El 82.5% no se ha realizado un examen rectal y el 17.5% sí. Sólo el 8.5% se ha realizado el PSA y un 61.7% refiere no conocer dicho procedimiento.

RECOMENDACIONES

1. Realizar campañas de sensibilización en la población mayor de 40 años para disminuir la posibilidad de presentar Cáncer de próstata; hacer uso de los espacios publicitarios de los medios de comunicación masiva, de esta manera llegar a los hombres que tengan barreras de acceso a los programas de información y prevención, mejorando su conocimiento y comportamiento acerca del cáncer de próstata.

2. Sugerir a la Dirección Regional de Salud se planteen estrategias para la realización de exámenes preventivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres-Roman JS, Ruiz EF, Martinez-Herrera JF, Mendes Braga SF, Taxa L, Saldaña-Gallo J, et al. Prostate cancer mortality rates in Peru and its geographical regions. *BJU Int* [Internet]. abril de 2019;123(4):595-601. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30281883>
2. OMS. Percepción de los riesgos [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2002/en/Chapter3S.pdf?ua=1>
3. Dillard AJ, Couper MP, Zikmund-Fisher BJ. Perceived Risk of Cancer and Patient Reports of Participation in Decisions about Screening: The DECISIONS Study. *Med Decis Making* [Internet]. 1 de septiembre de 2010 [citado 24 de abril de 2019];30(5_suppl):96-105. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0272989X10377660>
4. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal E. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cogn Ther Res*. 1 de abril de 1992;16:143-63.
5. Kwak M-S, Choi KS, Park S, Park E-C. Perceived risk for gastric cancer among the general Korean population: a population-based survey. *Psychooncology* [Internet]. julio de 2009;18(7):708-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19025890/>
6. Zhang LR, Chiarelli AM, Glendon G, Mirea L, Edwards S, Knight JA, et al. Influence of perceived breast cancer risk on screening behaviors of female relatives from the Ontario site of the Breast Cancer Family Registry. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP* [Internet]. julio de 2011;20(4):255-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21467941/>
7. Winterich JA, Grzywacz JG, Quandt SA, Clark PE, Miller DP, Acuña J, et al. Men's Knowledge and Beliefs about Prostate Cancer: Education, Race, and Screening Status. *Ethn Dis* [Internet]. 2009 [citado 26 de abril de 2019];19(2):199-203. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699598/>
8. Gilligan T. Social disparities and prostate cancer: mapping the gaps in our knowledge. *Cancer Causes Control CCC*. febrero de 2015;16(1):45-53.
9. McFall SL, Hamm RM, Volk RJ. Exploring beliefs about prostate cancer and early detection in men and women of three ethnic groups. *Patient Educ Couns* [Internet]. abril de 2006;61(1):109-16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16256292/>

10. Morlando M, Pelullo CP, Di Giuseppe G. Prostate cancer screening: Knowledge, attitudes and practices in a sample of men in Italy. A survey. *PloS One* [Internet]. 2017;12(10):e0186332. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29023514>
11. Morrison BF, Aiken WD, Mayhew R, Gordon Y, Odedina FT. Prostate Cancer Knowledge, Prevention, and Screening Behaviors in Jamaican Men. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ* [Internet]. junio de 2017;32(2):352-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26842816/>
12. Cullati S, Charvet-Bérard AI, Perneger TV. Cancer screening in a middle-aged general population: factors associated with practices and attitudes. *BMC Public Health* [Internet]. 29 de abril de 2009;9:118. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19402895/>
13. Konety BR, Raut H, Smith BJ, Sharp VJ, Williams RD. Effect of uniform consensus recommendations for PCa screening in older population: differential effects and perceptions of healthcare providers and patients. *Urology* [Internet]. marzo de 2009;73(3):603-8; discussion 608-609. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19118877/>
14. Kye SY, Park EY, Oh K, Park K. Perceptions of Cancer Risk and Cause of Cancer Risk in Korean Adults. *Cancer Res Treat Off J Korean Cancer Assoc* [Internet]. abril de 2015 [citado 24 de abril de 2019];47(2):158-65. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4398099/>
15. Mirzaei-Alavijeh M, Ahmadi-Jouybari T, Vaezi M, Jalilian F. Prevalence, Cognitive and Socio-Demographic Determinants of Prostate Cancer Screening. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP* [Internet]. 27 de abril de 2018;19(4):1041-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29699054>
16. Alexis O, Worsley A. An integrative review exploring black men of African and Caribbean backgrounds, their fears of prostate cancer and their attitudes towards screening. *Health Educ Res* [Internet]. 01 de 2018;33(2):155-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29444301>
17. Molazem Z, Ebadi M, Khademian M, Zare R. Effects of an Educational Program for Prostate Cancer Prevention on knowledge and PSA Testing in Men Over 50 Years old in Community Areas of Shiraz in 2016. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP* [Internet]. 27 de marzo de 2018;19(3):633-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29580031>
18. Vernooij RWM, Lytvyn L, Pardo-Hernandez H, Albarqouni L, Canelo-Aybar C, Campbell K, et al. Values and preferences of men for undergoing prostate-specific antigen screening for prostate cancer: a systematic review. *BMJ Open*

- [Internet]. 5 de septiembre de 2018;8(9):e025470. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30185585>
19. Carrillo-Larco RM, Bernabe-Ortiz A. A divergence between underlying and final causes of death in selected conditions: an analysis of death registries in Peru. *PeerJ* [Internet]. 2018;6:e5948. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30473936>
 20. Robles E. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS COMO DETERMINANTE DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2016 [Tesis de grado]. [Lima, Perú]: USMP; 2016.
 21. PDQ Screening and Prevention Editorial Board. Prostate Cancer Screening (PDQ®): Patient Version. En: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002 [citado 26 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65867/>
 22. Sakr WA, Haas GP, Cassin BF, Pontes JE, Crissman JD. The frequency of carcinoma and intraepithelial neoplasia of the prostate in young male patients. *J Urol* [Internet]. agosto de 1993;150(2 Pt 1):379-85. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8326560>
 23. Freedland SJ, Humphreys EB, Mangold LA, Eisenberger M, Dorey FJ, Walsh PC, et al. Risk of prostate cancer-specific mortality following biochemical recurrence after radical prostatectomy. *JAMA* [Internet]. 27 de julio de 2005;294(4):433-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16046649>
 24. McNeal JE, Bostwick DG, Kindrachuk RA, Redwine EA, Freiha FS, Stamey TA. Patterns of progression in prostate cancer. *Lancet Lond Engl* [Internet]. 11 de enero de 1986;1(8472):60-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2867314>
 25. Thompson IM, Ernst JJ, Gangai MP, Spence CR. Adenocarcinoma of the prostate: results of routine urological screening. *J Urol* [Internet]. octubre de 1984;132(4):690-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6471214>
 26. PDQ Screening and Prevention Editorial Board. Prostate Cancer Screening (PDQ®): Health Professional Version. En: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002 [citado 27 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65945/>
 27. Bowen DJ, Hannon PA, Harris JR, Martin DP. Prostate cancer screening and informed decision-making: provider and patient perspectives. *Prostate Cancer*

- Prostatic Dis [Internet]. junio de 2011;14(2):155-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21243007/>
28. Guerra CE, Jacobs SE, Holmes JH, Shea JA. Are physicians discussing prostate cancer screening with their patients and why or why not? A pilot study. *J Gen Intern Med* [Internet]. julio de 2007;22(7):901-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17549576/>
 29. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* [Internet]. 17 de julio de 2012;157(2):120-34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22801674/>
 30. Woods VD, Montgomery SB, Herring RP, Gardner RW, Stokols D. Social ecological predictors of prostate-specific antigen blood test and digital rectal examination in black American men. *J Natl Med Assoc* [Internet]. abril de 2006 [citado 26 de abril de 2019];98(4):492-504. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569227/>
 31. Vinaccia s. DISEÑO DE UN CUESTIONARIO PSICOMÉTRICO PARA EVALUAR CREENCIAS, ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS ASOCIADOS A LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA. 2007;73-83. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134216860004.pdf>
 32. Paiva EP de, Motta MCS da, Griep RH. Knowledge, attitudes and practices regarding the detection of prostate cancer. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [citado 26 de abril de 2019];23(1):88-93. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002010000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 33. Arbeláez R JD, Montealegre H NA. Knowledge, attitudes and practices about the exams applied in the early prostate cancer screening among men in two suburbs in Medellín. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. diciembre de 2012 [citado 26 de abril de 2019];30(3):300-9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2012000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=es

ANEXOS
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD

1. 40 a 49 años
2. 50 a 59 años
3. 60 a más años

ESTADO CIVIL

1. Casado
2. Soltero
3. Viudo
4. Divorciado
5. Separado
6. Conviviente

LUGAR DE PROCEDENCIA

1. Tacna
2. Arequipa
3. Puno
4. Lima
5. Otro _____

OCUPACION

1. Su casa
2. Obrero independiente
3. Obrero dependiente
4. Profesional independiente
5. Profesional dependiente
6. Estudiante

7. Sin ocupación

FUENTE DE INFORMACIÓN PREVENTIVA EN CANCER DE PRÓSTATA

1. Centro de Salud
2. Hospital
3. Radio
4. Televisión
5. Internet
6. Amigo/familiar
7. Otro

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y
ACTITUDES(31)**

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.	1	2	3	4	5
2. Si me enfermo de la próstata hay deterioro en mi función sexual	1	2	3	4	5
3. Si voy a consultar por problemas de próstata pierdo masculinidad.	1	2	3	4	5
4. Pienso que no me enfermaré de la próstata	1	2	3	4	5
5. No me hago el examen del tacto rectal por falta de información clara por parte del médico.	1	2	3	4	5
6. Creo que el tacto rectal es como una violación.	1	2	3	4	5
7. Creo que si tengo problemas de próstata no puedo tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
8. Prefiero que el examen del tacto rectal me lo haga una mujer.	1	2	3	4	5
9. No me hago el examen del tacto rectal porque creo que no me conviene.	1	2	3	4	5
10. Mi respuesta sexual no depende del estado de salud de mi próstata.	1	2	3	4	5
11. Me hago el examen del tacto rectal sólo cuando me lo recomienda el médico	1	2	3	4	5
12. No me hago el examen del tacto rectal por iniciativa propia	1	2	3	4	5

13. Creo que si tengo dificultades al orinar necesito revisión médica de mi próstata.	1	2	3	4	5
14. La próstata regula mi capacidad eréctil.	1	2	3	4	5
15. Si me realizo una cirugía de próstata pierdo la potencia sexual.	1	2	3	4	5
16. Si tengo problemas de próstata me siento disminuido.	1	2	3	4	5
17. Creo que algunos alimentos evitan el crecimiento de la próstata	1	2	3	4	5
18. Aun soy virgen porque no me han hecho el examen del tacto rectal	1	2	3	4	5
19. Ser prostático para mí significa dejar de funcionar sexualmente.	1	2	3	4	5
20. Me da pena decir que tengo problemas de próstata.	1	2	3	4	5
21. El examen del tacto rectal es molesto, pero no es nada del otro mundo	1	2	3	4	5
22. Creo que hay una relación directa entre próstata y sexualidad	1	2	3	4	5
23. No me gusta hablar acerca del examen del tacto rectal con nadie.	1	2	3	4	5
24. Creo que si tuviera problemas de próstata me volvería de mal genio	1	2	3	4	5
25. Me da miedo o fastidio el examen del tacto rectal porque me introducen el dedo por el ano	1	2	3	4	5
26. Mis relaciones sexuales se limitan a la penetración genital.	1	2	3	4	5
27. Pienso que si me hago el examen del tacto rectal dejo de ser hombre	1	2	3	4	5
28. No estoy acostumbrado a desnudarme para que me hagan un tacto rectal	1	2	3	4	5
29. La cirugía de próstata afecta mi respuesta sexual	1	2	3	4	5
30. La cirugía de próstata afecta mi autoestima.	1	2	3	4	5
31. Me da pena que sea otro hombre el que me haga el examen del tacto recta	1	2	3	4	5
32. Creo que si tengo problemas de próstata me puede producir dolor en el momento de tener una erección.	1	2	3	4	5

33. Creo que si sufro de la próstata tendré dificultades psicológicas.	1	2	3	4	5
34. Disminuirá mi respuesta sexual si me doy cuenta que tengo problemas de próstata	1	2	3	4	5
35. Pienso que si tengo problemas de próstata me volveré caprichoso	1	2	3	4	5
36. No consulto al médico por problemas de próstata por temor a descubrir que tengo cáncer.	1	2	3	4	5
37. . Si tengo mucha actividad sexual puedo sufrir de problemas de próstata	1	2	3	4	5
38. No voy al médico a consultar sobre mi próstata por miedo a que me diga que tengo una enfermedad	1	2	3	4	5
39. Pienso que por ser hombre no me enfermo.	1	2	3	4	5
40. La próstata tiene que ver con mi erección	1	2	3	4	5
41. No me atrevo a reconocer que podría tener problemas de próstata	1	2	3	4	5
42. Creo que si tengo problemas de la próstata se me dificultará tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
43. A mí no me da nada, soy un superhombre	1	2	3	4	5
44. Creo que cuando hay problemas de próstata hay manifestación de dolor.	1	2	3	4	5
45. La próstata influye en mi capacidad eréctil.	1	2	3	4	5
46. Después del examen del tacto rectal no me siento violado	1	2	3	4	5
47. Después de un examen de tacto rectal no siento deseos sexuales.	1	2	3	4	5
48. Me da temor que las mujeres se den cuenta que tengo problemas de próstata y ya no me miren.	1	2	3	4	5
49. Considero que el examen del tacto rectal es para homosexuales	1	2	3	4	5

50. Considero que el examen del tacto rectal es para hombres mayores de 60 años.	1	2	3	4	5
51. Me haría el examen del tacto rectal sólo en casos extremos	1	2	3	4	5
52. Creo que si tuviera un problema de próstata perdería el interés sexual	1	2	3	4	5
53. No me haría el examen del tacto rectal sólo por gusto	1	2	3	4	5
54. Considero que el médico que realiza el examen del tacto rectal tiene aberraciones sexuales	1	2	3	4	5
55. Sólo me haré el examen del tacto rectal cuando tenga problemas para orinar.	1	2	3	4	5
56. Si estoy enfermo de la próstata me siento humillado	1	2	3	4	5
57. Si no tengo un chorro continuo al orinar es porque tengo problemas de próstata	1	2	3	4	5
58. Después de un examen de tacto rectal no siento deseos sexuales	1	2	3	4	5
59. No me realizo el examen del tacto rectal porque no tengo ningún síntoma	1	2	3	4	5
60. Pienso que hay otros exámenes para examinar la próstata mejores que el del tacto rectal	1	2	3	4	5
61. Creo que la ropa interior que uso tiene que ver mucho con el problema de próstata.	1	2	3	4	5
62. Pienso que si monto mucho en motocicleta me generará problemas de próstata	1	2	3	4	5
63. No me haría el examen del tacto rectal más de una vez	1	2	3	4	5
64. Sabré que tengo problemas de próstata en el momento en que me enferme	1	2	3	4	5
65. No me gusta hablar acerca de la próstata	1	2	3	4	5
66. Si llevo una vida sana evito los problemas de próstata	1	2	3	4	5
67. Pienso que el tema de los problemas de próstata es un tabú.	1	2	3	4	5

68. Pienso que si tengo mucha actividad sexual se puede afectar mi próstata	1	2	3	4	5
69. Me da más pena hacerme el examen del tacto rectal con una mujer que con un hombre.	1	2	3	4	5
70. Creo que la próstata hace parte de los órganos genitales	1	2	3	4	5
71. Creo que la información acerca de la próstata debe ir por parejo a ambos sexos.	1	2	3	4	5
72. Creo que la próstata es una glándula que produce semen.	1	2	3	4	5
73. Pienso que la próstata es una glándula que produce hormonas	1	2	3	4	5
74. Creo que cuando hay problemas de próstata no hay síntomas.	1	2	3	4	5
75. Cuando hay problemas de próstata hay dificultad para orinar.	1	2	3	4	5
76. Pienso que el problema de la próstata es algo genético	1	2	3	4	5
77. Creo que cuando hay problemas de próstata hay manifestación de dolor	1	2	3	4	5
78. Pienso que la próstata es una glándula que se encuentra debajo del recto	1	2	3	4	5
79. Pienso que si tengo problemas de próstata se afecta mi función sexual	1	2	3	4	5
80. Nunca he pensado hacerme el examen del tacto rectal	1	2	3	4	5
81. Pienso que la próstata es una glándula que hace parte del sistema urinario.	1	2	3	4	5
82. Pienso que el examen del tacto rectal lo puede hacer cualquier médico.	1	2	3	4	5
83. Si siento que orino seguido es porque hay problemas de próstata.	1	2	3	4	5
84. Creo que tengo problemas de próstata cuando orino a gotas	1	2	3	4	5
85. Ser prostático para mí significa perder potencia sexual.	1	2	3	4	5
86. Existe un examen de sangre para descartar cáncer de próstata	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS(32)

¿Algún médico le ha aconsejado que realice una prueba de detección de cáncer de próstata?

1. Sí
2. No
3. No sé / no recuerdo

¿Alguna vez has realizado un examen RECTAL de próstata?

1. Sí
2. No
3. No sé / no recuerdo

Motivo de la solicitud

1. Síntomas presentados
2. Casos de cáncer en la familia.
3. Prevención
4. El participante solicitó el examen.
5. Otro

¿Cuándo fue la última vez que te sometiste al examen RECTAL?

1. Hace menos de un año
2. Entre uno y dos años.
3. Hace unos tres o cinco años
4. Hace más de cinco años

¿Alguna vez te has sometido a un PSA?

1. Sí
2. No
3. No sé / no recuerdo

¿Cuándo fue la última vez que te sometiste a un PSA?

1. Hace menos de un año
2. Entre uno y dos años.
3. Hace unos tres o cinco años
4. Hace más de cinco años
5. No sé / no recuerdo

ANEXO 02

Jurisdicción de intervención

