

Méd. Gral. CRISTIAN NICOLÁS FÉLIX
LUNA

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS HOMBRES MAYORES DE 50 AÑOS,
SOBRE EL TACTO RECTAL, COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO PARA CÁNCER DE
PRÓSTATA

2020



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE MEDICINA

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS HOMBRES MAYORES DE
50 AÑOS, SOBRE EL TACTO RECTAL, COMO MÉTODO DE
DIAGNÓSTICO PARA CÁNCER DE PRÓSTATA.**

TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE LA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

MÉD. GRAL. CRISTIAN NICOLÁS FÉLIX LUNA

DIRIGIDO POR

MED. ESP. MANUEL ENRIQUE HERRERA ÁVALOS

CO-DIRECTOR

MED. ESP. ANA MARCELA IBARRA YÁÑEZ

QUERETARO, QRO. ENERO 2020



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS HOMBRES MAYORES DE 50 AÑOS,
SOBRE EL TACTO RECTAL, COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO PARA
CÁNCER DE PRÓSTATA.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General: Cristian Nicolás Félix Luna

Dirigido por:

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos.
Co-director: Med. Esp. Ana Marcela Ibarra Yáñez.

SINODALES

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos

Presidente

Med. Esp. Ana Marcela Ibarra Yáñez

Secretario

M.C.E. Martha Leticia Martínez Martínez

Vocal

M.C.E. Ma. Azucena Bello Sánchez

Suplente

M. en I.M. Lilia Susana Gallardo Vidal

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Enero, 2020
México.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de próstata es la neoplasia sólida más frecuente, actualmente es la segunda causa de mortalidad por cáncer en los hombres. El examen mediante tacto rectal es un método clínico para diagnosticar el cáncer de próstata. El temor, pudor, machismo, ignorancia y la vergüenza hacen que muchos varones rechacen la toma del tacto rectal. **Objetivo:** Identificar las creencias, actitudes y conocimientos de la población masculina mayor de 50 años, sobre el tacto rectal, como método de detección oportuna del cáncer de próstata. **Materiales y métodos:** Estudio observacional transversal y descriptivo en hombres mayores de 50 años, pertenecientes a una institución de seguridad social de la ciudad de Querétaro, México; con tamaño de muestra de 234 pacientes. Se incluyeron a todos los pacientes que estuvieron de acuerdo a contestar la encuesta previo consentimiento, se excluyeron a los pacientes que contaban con diagnóstico previo de enfermedad prostática o que se hubieran realizado el tacto rectal con anterioridad, se eliminaron encuestas incompletas. Se estudiaron variables sociodemográficas, creencias, actitudes y conocimientos, operacionalizadas con el cuestionario psicométrico que consta de 85 preguntas para evaluar las creencias, actitudes y conocimientos asociados a hiperplasia prostática benigna. **Análisis Estadístico:** Se utilizó estadística descriptiva. Para las variables cuantitativas se calculó promedios, para las cualitativas, se usaron frecuencias e intervalos de confianza para porcentajes. **Consideraciones éticas:** Se apegó a las normas éticas institucionales, así como, en la declaración de Helsinki, Finlandia. **Resultados:** El 51.7% mencionaron estar totalmente en desacuerdo que si consultaban al médico por problemas prostáticos perdían su masculinidad. El 35.5% se realizarían el examen si su médico se los recomienda y estuvieron de acuerdo con 38% que la próstata forma parte del sistema urinario. **Conclusiones:** Los encuestados no consideraron que la conceptualización de masculinidad se comprometiera al consultar por problemas prostáticos, con una participación menor mencionaron que se realizarán el tacto rectal si lo recomienda el médico y asociaron la sintomatología urinaria con enfermedad prostática, considerando a la próstata parte del sistema urinario.

(Palabras clave: Actitud, conocimiento, tacto rectal)

SUMMARY

Introduction: Prostate cancer is the most common solid neoplasm, currently it is the second leading cause of cancer mortality in men. Rectal examination is a clinical method to diagnose prostate cancer. Fear, modesty, machismo, ignorance and shame cause many men to reject rectal touch. Objective: Identify the beliefs, attitudes and knowledge of the male population over 50 years of age, about rectal examination, as a method of timely detection of prostate cancer. Materials and methods: Cross-sectional and descriptive observational study in men over 50, belonging to a social security institution in the city of Querétaro, Mexico; with sample size of 234 patients. All patients who agreed to answer the survey with prior consent were included, patients who had a previous diagnosis of prostate disease or who had previously had rectal examination were excluded, incomplete surveys were eliminated. Sociodemographic variables, beliefs, attitudes and knowledge, operationalized with the psychometric questionnaire consisting of 85 questions to assess the beliefs, attitudes and knowledge associated with benign prostatic hyperplasia, were studied. Statistical Analysis: Descriptive statistics was used. For quantitative variables averages were calculated, for qualitative variables, frequencies and confidence intervals were used for percentages. Ethical considerations: He adhered to institutional ethical standards, as well as, in the declaration of Helsinki, Finland. Results: 51.7% said they strongly disagree that if they consulted the doctor for prostate problems they lost their masculinity. 35.5% would have the test if their doctor recommends them and they agreed with 38% that the prostate is part of the urinary system. Conclusions: The respondents did not consider that the conceptualization of masculinity is compromised when consulting for prostate problems, with a smaller participation they mentioned that rectal examination will be performed if recommended by the doctor and associated urinary symptomatology with prostate disease, considering the prostate part of the urinary system.

(Key words: Attitude, knowledge, rectal touch)

DEDICATORIAS

A mi madre Margarita, por haberme apoyado incondicionalmente en cada una de las etapas de mi formación profesional, por sus consejos, su amor y comprensión.

A mi padre Nicolás, por su ejemplo de perseverancia y consistencia que le caracterizan, por su amor, paciencia y apoyo incondicional.

A mis hermanos Diana y Daniel por su amor y apoyo incondicional, porque me han impulsado a continuar en los momentos difíciles, sin importar la distancia.

A mi novia Ariana por su gran amor, apoyo, comprensión, confianza y consejos en esta etapa importante de mi vida.

Dirección General de Bibliotecas UAO

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá y a mi papá quienes me ayudaron en todo momento, por las enseñanzas, por su fortaleza, por su amor y su confianza.

A mis hermanos por todo su apoyo incondicional a lo largo de mi formación profesional, por su confianza y amor.

A mi novia por apoyarme en esta travesía, por el amor y la comprensión brindada en todo momento.

A la Dra. Ana Marcela Ibarra Yáñez, no solo por el apoyo como mi profesora titular, sino por la amistad, dedicación y tiempo invertido en la culminación de este proyecto, logrando mi admiración y un gran cariño hacia ella.

Al Dr. Manuel Enrique Herrera Ávalos por todo la dedicación, paciencia y apoyo durante la elaboración de la tesis, sabiendo que no hay palabras suficientes de agradecimiento por su entrega.

A todas las pacientes que aceptaron participar en este proyecto sin las cuales no hubiera sido posible.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Índice de gráficas	viii
Abreviaturas y siglas	ix
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
II.1 Próstata	3
II.2 Cáncer de próstata	4
II.3. Barreras culturales en los servicios de salud	13
II.4 Barreras culturales de los hombres en relación a la realización del tacto rectal	15
III. Fundamentación teórica	21
IV. Hipótesis	22
V. Objetivos	23
V.1 General	23
V.2 Específicos	23
VI. Material y métodos	24
VI.1 Tipo de investigación	24
VI.2 Población o unidad de análisis	24
VI.3 Muestra y tipo de muestra	24
VI. Técnicas e instrumentos	26
VI. Procedimientos	27

VII. Resultados	29
VIII. Discusión	47
IX. Conclusiones	49
X. Propuestas	50
XI. Bibliografía	51
XII. Anexos	55

Dirección General de Bibliotecas UAQ

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Página
VII.1 Frecuencia según la edad.	31
VII.2 Características sociodemográficas.	32
VII.3 Postura presentada a las preguntas de la categoría de creencias.	33
VII.4 Porcentajes correspondientes a la categoría de creencias.	35
VII.5 Porcentajes correspondientes a la categoría de creencias (parte 2).	36
VII.6 Porcentajes correspondientes a la categoría de creencias (parte 3).	37
VII.7 Postura presentada a las preguntas de la categoría de actitudes.	38
VII.8 Porcentajes correspondientes a la categoría de actitudes.	40
VII.9 Porcentajes correspondientes a la categoría de actitudes (parte 2).	41
VII.10 Porcentajes correspondientes a la categoría de actitudes (parte 3).	42
VII.11 Postura presentada a las preguntas de la categoría de conocimientos.	43
VII.12 Porcentajes correspondientes a la categoría de conocimientos.	45
VII.13 Porcentajes correspondientes a la categoría de conocimientos (parte 2).	46

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica	Página
VII.1 Creencias del tacto rectal y la glándula prostática.	34
VII.2 Actitudes presentadas para realizar el tacto rectal.	39
VII.3 Conocimientos generales de la próstata.	44

Dirección General de Bibliotecas UAQ

ABREVIATURAS Y SIGLAS

APE: Antígeno prostático específico.

Ca: Cáncer

CaCu: Cáncer cervicouterino

CaP: Cáncer de próstata.

CP: Cáncer de próstata

HBP: Hipertrofia benigna prostática

IMC: Índice de masa corporal.

LHRH: Hormona liberadora de gonadotropina.

OMS: Organización mundial de la salud.

OPS: Organización panamericana de la salud.

SA: Supresión androgénica.

TR: Tacto rectal.

I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el cáncer de próstata se considera uno de los problemas médicos más importantes a los que se enfrenta la población masculina. De hecho, en los países occidentales es la neoplasia sólida más frecuente, que supera en número al cáncer de pulmón y colorrectal. Constituye actualmente la segunda causa de mortalidad por cáncer en los hombres (Caro y Jiménez, 2014)

Aproximadamente el 30% de la mortalidad general por Cáncer de Próstata podría evitarse mediante la implementación de programas de prevención primaria (De la vara, et al., 2011), siendo la prevención secundaria el principal recurso para ofrecer a la población asintomática, mediante el examen digital rectal y el antígeno prostático específico (Cabrera y Lucumí, 2003).

La detección oportuna del cáncer de próstata se ha relacionado con una menor mortalidad; sin embargo, las pruebas de detección se realizan para una proporción muy baja de adultos, lo que afecta su estado de salud al momento del diagnóstico.

A pesar de tener la opción de realizarse las pruebas diagnósticas para cáncer de próstata, no todos los hombres acceden a ella. La decisión está mediada por factores culturales como: la susceptibilidad de padecer la enfermedad, la percepción de la severidad del problema o de lo que puede significar la realización del examen (Grisales, et al., 2011). Siendo que el tacto rectal es capaz de detectar anomalías tales como asimetría, nodulaciones, relación con estructuras vecinas y variaciones en la consistencia de la glándula, que pueden estar asociadas al Cáncer de Próstata, estimándose que con sólo esta exploración es factible el diagnóstico de un 65% de los CP en etapas precoces (De la vara, et al., 2011).

En diversas investigaciones realizadas en el mundo se han identificado factores que pueden estar relacionados con la no realización del examen tales

como: miedo al cáncer, vergüenza, incomodidad, dolor, bajo nivel educativo, desinformación del examen, desconfianza hacia los profesionales médicos e inquietud de que el tacto rectal pueda afectar la masculinidad (Pereira, et al., 2011). Destacando los aspectos simbólicos relacionados a su carácter invasor, del punto de vista físico y emocional y a la diseminación del miedo de realizar el examen entre los propios hombres (De la vara, et al., 2011).

Aunque en los últimos años se han incrementado las acciones de promoción de la salud, orientadas a la detección temprana y al control del cáncer de próstata, su enfoque está centrado más en el aspecto práctico de las manifestaciones, signos, síntomas y tratamiento que en la acción preventiva. Las actividades educativas en su mayoría desconocen la fuerza de la cultura y de las creencias como componentes de las actitudes y la decisión de práctica de determinadas pruebas diagnósticas, tales como el tacto rectal, que compromete la concepción de masculinidad y otros elementos propios del machismo latinoamericano. Este problema genera barreras comunicacionales que afectan tanto las actividades del sector salud como el acceso a los servicios de las personas en riesgo de padecer el cáncer de próstata (Grisales, et al., 2011).

En consecuencia, es de gran importancia considerar lo que conocen, creen y opinan los hombres con respecto al cáncer de próstata y los exámenes de detección temprana. Encontrando que las creencias sociales y culturales juegan un papel en la negativa de los pacientes al tacto rectal. Se ha informado que las creencias culturales sobre la masculinidad pueden crear barreras causando un estrés por tratarse de procedimientos invasivos, encontrando que algunos hombres pueden encontrar que someterse al TR no es un comportamiento aceptable.

II. ANTECEDENTES

II.1. Próstata

II.1.1. Anatomía

Es una glándula localizada en la cavidad pélvica del hombre, detrás del pubis, delante del recto y debajo de la vejiga, envuelve y rodea el primer segmento de la uretra justo por debajo del cuello vesical. Es un órgano de naturaleza fibromuscular y glandular. Tiene forma de pirámide invertida. Aunque el tamaño de la próstata varía con la edad, en hombres jóvenes y sanos, la glándula normal tiene el tamaño de una nuez, su peso en la edad adulta es de 20 g, lo que suele mantenerse estable hasta los 40 años.

Está conformada por tres lóbulos: dos laterales y uno medio que facilitan un mejor conocimiento de las enfermedades de esta glándula (Baluja, et al., 2007).

El modelo anatómico que actualmente se acepta, distingue cuatro zonas en la próstata:

- a) Zona Anterior: Ocupa casi un tercio del volumen total de la próstata, no contiene glándulas y no participa en ninguna patología de la próstata.
- b) Zona periférica: Es la región anatómica más grande, contiene el 75 % de dicho tejido y casi todos los carcinomas de próstata se originan en esta zona.
- c) Zona Central es la más pequeña de las regiones de la próstata glandular, representa entre el 20-25% de su masa y es atravesada por los conductos eyaculadores. Resulta afectada por un 10 % de los adenocarcinomas.
- d) Zona transicional y periuretral: Constituyen el sitio específico de origen de las HBP y que es el más afectado por adenocarcinomas (Baluja, et al., 2007).

II.1.2. Funciones

Tiene como función ayudar al control urinario mediante la presión directa contra la parte de la uretra que rodea. Produce una secreción líquida (líquido prostático) que forma parte del semen. Esta secreción prostática contiene sustancias que proporcionan junto con el semen, nutrientes y un medio adecuado para la supervivencia de los espermatozoides. Esta glándula produce y se afecta por múltiples hormonas, como la testosterona y la dihidrotestosterona.

II.1.3. Patologías.

Fundamentalmente son tres los procesos patológicos que pueden ser desarrollados en la próstata:

- a) Patologías benignas Prostatitis y la Hiperplasia benigna de próstata.
- b) Patología maligna: Cáncer de próstata (Baluja, et al., 2007).

II.2. Cáncer de próstata

El cáncer de próstata, es el crecimiento anormal de las células de la glándula prostática que además tienen la capacidad de invadir otros órganos.

II.2.1. Localización y extensión.

La localización del Cáncer de Próstata posee un patrón característico, siendo la mayor parte de ellos posterolaterales, y localizándose en la llamada zona periférica que supone alrededor del 70-75% de la glándula. Las otras áreas glandulares de la próstata son la zona central que supone un 15-20% del volumen de la glándula y la zona de transición (5-10% del total de volumen prostático).

La invasión de áreas linfáticas origina la extensión del tumor en los ganglios linfáticos regionales, región obturatriz e hipogástrica como primeras localizaciones, y al alcanzar la vasculatura locorregional se produce una migración de células

tumorales a distancia, implantándose sobre todo en la zona ósea, fundamentalmente esqueleto axial y pelvis. Otras localizaciones secundarias son pulmón, ganglios e hígado.

II.2.2. Aspecto microscópico

La gran mayoría corresponde adenocarcinomas (alrededor del 95%). Sólo en torno al 4% poseen diferenciación transicional, y en torno al 1% son carcinomas neuroendocrinos (Durán, et al., 2013).

II.2.3. Epidemiología

A nivel mundial, es la cuarta neoplasia más común en el hombre. En EE.UU. el Cáncer de Próstata es la causa principal de cáncer en el hombre después del cáncer de piel (Sánchez 2013). Este año, se diagnosticará cáncer de próstata a aproximadamente 180,890 hombres en los Estados Unidos y se estima que producirán 26,120 muertes a causa de esta enfermedad. La supervivencia de un hombre en particular depende del tipo de cáncer de próstata y del estadio de la enfermedad. Es importante recordar que las estadísticas sobre la cantidad de hombres que sobreviven a este tipo de cáncer son una estimación. La estimación se basa en los datos de miles de hombres que tienen este tipo de cáncer en los Estados Unidos cada año. Por lo tanto, su propio riesgo puede ser diferente. Los médicos no pueden decir con seguridad cuánto vivirá un hombre con cáncer de próstata (Cáncer.Net, 2018)

El Cáncer de Próstata en Latinoamérica se encuentra en el segundo lugar de incidencia (242.5 por 100 000 habitantes) y en el tercer lugar de mortalidad (101.0 por 100 000 habitantes) por cáncer (Cáncer.Net, 2018). En el periodo 1993-2003 se observó que la morbilidad por Cáncer de Próstata tiene una tendencia hacia el incremento de la mortalidad en Brasil, Colombia y Ecuador, y un decremento en Argentina, Costa Rica y Chile (Sánchez 2013)

De los países que conforman esta región, México es uno de los que tienen menor incidencia (131.5 por 100 000 habitantes) y mortalidad (68.9 por 100 000 habitantes) por esta causa. En 2011, las muertes por neoplasias malignas en México ocuparon el tercer lugar (12.1%) como causa de muerte en hombres y en mujeres, después de las enfermedades del corazón y la diabetes mellitus. Posicionándose como la 1ª causa de mortalidad en el hombre por cáncer en México (tasa 18.6%; incluso superior a CaCu (tasa 16.6%) y Ca de mama (tasa 15.1%) (Sánchez, 2013).

II.2.4. Factores de riesgo.

Edad

Constituye uno de los factores de riesgo más importantes.

Existe una relación directamente proporcional entre el incremento de edad y el mayor riesgo de desarrollar cáncer de próstata. Antes de los 45 años se diagnostican menos del 0,6% de todos los casos, y a partir de los 65 años, entre el 62-85% (Berbel, 2011).

Genéticos, familiares y hereditarios

El cáncer de próstata es una enfermedad genética ocasionada por acumulaciones de mutaciones cromosómicas, generadas por la selección clonal de células de comportamiento agresivo. En la gran mayoría de casos, las mutaciones son somáticas y únicamente se encuentran en las células tumorales del epitelio prostático.

Cuando algunas mutaciones están presentes en las células germinales se transmiten de generación en generación y están presentes en todas las células del organismo, incluyendo lógicamente las prostáticas. Esta última modalidad da lugar

a los síndromes familiares de cáncer prostático, que constituyen entre el 13 y el 26% del total de estos tumores.

Para sospechar la variedad hereditaria los criterios clínicos son más estrictos y son: a) tres o más familiares de primer grado afectados; b) al menos tres casos en familiares de primer y segundo grado, teniendo en cuenta la transmisión ligada al cromosoma X; y c) dos familiares de primer grado diagnosticados antes de los 55 años de edad (Berbel, 2011).

Hormonales

Los andrógenos influyen en el desarrollo, maduración y crecimiento de la próstata y afectan tanto a la proliferación como a la diferenciación de su epitelio. La testosterona, principal andrógeno circulante, y la dihidrotestosterona, principal andrógeno tisular, son los dos más importantes.

Numerosos estudios prospectivos han investigado el papel de los andrógenos plasmáticos sobre el cáncer de próstata, pero muy pocos han demostrado que los hombres con niveles séricos elevados de andrógenos tengan mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

También parece que la insulina actúa como factor hormonal de crecimiento, regulando la proliferación, diferenciación y apoptosis celular. Por ello, la hiperinsulinemia relacionada con la resistencia a la insulina está considerada como factor de riesgo para el desarrollo de diversos tumores malignos (mama, páncreas, hígado, colon, vejiga y cavidad oral) y benignos (hiperplasia benigna de próstata) (Berbel, 2011).

Antropométricos

La obesidad (IMC > 30), especialmente la variedad abdominal o central, y la relación entre los diámetros máximos abdominales y pélvicos se asocia con

mayor riesgo de cáncer de próstata localizado y metastásico, así como con mayor mortalidad. Esta asociación directa está sustentada en los mecanismos metabólicos y hormonales inherentes a la obesidad, condicionantes de mayor riesgo neoplásico en general y prostático en particular. En la comunidad científica existe unanimidad en aceptar la asociación entre obesidad y peor pronóstico para el cáncer prostático, debido al retraso diagnóstico y a la menor respuesta terapéutica (Berbel, 2011).

II.2.5 Signos y síntomas.

En estadios iniciales la enfermedad suele ser asintomática. Sólo el 15% de los pacientes comenzarán con síntomas tales como hematuria, hemospermia, uropatía obstructiva o dolor óseo como indicadores de enfermedad avanzada y/o metastásica.

Dada la edad de presentación, habitualmente por encima de los 50 años, la sintomatología miccional es indiferenciable de la hipertrofia benigna de la próstata (HBP), altamente prevalente a estas edades. Los síntomas miccionales se pueden clasificar en obstructivos (disuria, disminución del calibre y chorro miccional, micción intermitente y prolongada, goteo postmiccional y tenesmo) e irritativos (incontinencia por rebosamiento, polaquiuria, nicturia, urgencia miccional o dolor suprapúbico) (Durán, 2013).

II.2.6 Diagnóstico.

Al encontrarnos entonces ante una patología muy frecuente, responsable de la mortalidad de muchos hombres en todo el mundo, y sin herramientas para modificar su ocurrencia, se impone la necesidad de modificar, e idealmente detener su progresión una vez detectada, y para lograr este objetivo, el principal recurso con el que se cuenta hoy en día es el diagnóstico precoz, es decir, detectar a pacientes con Cáncer de Próstata clínicamente significativo, con enfermedad órgano localizada, y susceptible de ser sometido a un esquema terapéutico con intenciones

curativas. Lamentablemente este paciente es totalmente asintomático, por lo que debemos ir en su búsqueda a través de un screening o tamizaje, estrategia que ha demostrado su utilidad en reducir las muertes por Cáncer de Próstata.

Las dos principales herramientas con las cuales contamos hoy en día para la detección precoz del Cáncer de Próstata son el tacto rectal y el Antígeno Prostático Específico. Si bien, el diagnóstico definitivo se obtiene a partir de muestras de biopsia de próstata o piezas quirúrgicas (Durán, 2013).

Tacto rectal

La mayor parte de los tumores prostáticos se localizan en la zona periférica de la próstata, y son detectables por tacto cuando su diámetro es mayor de 0,2 cm. A partir de únicamente de un tacto rectal sospechoso con presencia de nódulo palpable o asimetría con induración, se indica de manera absoluta la toma de biopsia de próstata, aun con niveles normales de APE. Su principal limitación radica en su subjetividad y muchos detractores del tamizaje argumentan que la gran mayoría de los canceres nunca será palpable (Durán, 2013).

Diversos autores han podido demostrar el valor predictivo positivo del tacto rectal, dicho valor oscila alrededor del 30%, de forma que la Asociación Americana de Urología lo recomienda como método rutinario de exploración en varones mayores de 40 años, con carácter anual, debido a que el tacto rectal evalúa la consistencia de la próstata, brindando información clínica que ningún otro estudio de laboratorio o imagen proporciona.

Se debe explicar al paciente el examen clínico a realizar, sin despertar suspicacias o incertidumbres innecesarias; es decir, ser preciso para que el paciente entienda y se logre un alto grado de colaboración. Ubicarse en un sitio privado, proceder con seriedad y con delicadeza, especialmente con aquel paciente al que se le realiza por primera vez el procedimiento. Es importante la confidencialidad que

brinda un consultorio apropiado o el aislamiento por biombos. Por tratarse de zonas íntimas, el pudor y la aprehensión suelen ser comunes, se debe manejar con comprensión y sigilo (Villegas, et al., 2010).

Las posiciones decúbito lateral, decúbito dorsal, genupectoral y de pies con el cuerpo flexionado sobre una camilla, son alternativas empleadas según el paciente y lo que se pretenda evaluar. El médico debe tener las 2 manos enguantadas: Para el tacto rectal, la mano exploradora se calza con doble guante lubricado con vaselina, glicerina u otro medio oleoso neutro que evitan reacciones alérgicas. Se separan las nalgas para visualizar toda la zona anoperineal y la base escrotal.

Se utiliza el dedo índice de la mano hábil, eventualmente el dedo medio. Se puede alcanzar un avance aproximado de 7.5 cms que dependen no solo de la longitud del dedo examinador sino de la resistencia ofrecida, del tejido perineal, magnitud glútea, masa corporal y colaboración del paciente.

Se debe invitar al paciente a realizar una pequeña fuerza (tosar o pujar simulando una defecación) como distracción, aprovechando el momento, para vencer la resistencia que ofrece el esfínter anal con una delicada maniobra de presión con el dedo sobre el mismo; tomar aire lenta y profundamente varias veces ayuda a relajar el esfínter anal. El guante impregnado de vaselina, glicerina, aceite o en algunas ocasiones con anestésico local como la lidocaína tópica, aplicar una pequeña porción de este material sobre la zona perianal, facilita el procedimiento (Villegas, et al., 2010).

El examen clínico permite explorar el esfínter anal, teniendo en cuenta su tono, el cual debe ser promedio, esta medida la aprende el examinador al acumular práctica y esto le permitirá definir casos de hipertonia esfinteriana, obedeciendo por los general a patologías agudas y/o dolorosas como las fisuras anales, hemorroides, abscesos perineales, etc. La hipotonía esfinteriana por el contrario, suele ser un

hallazgo más común de relajación generalizada de los tejidos, flacidez por desnutrición y por estado caquetizante o en casos de cirugía reciente de la zona.

Nos permite explorar estructuras como la próstata, las vesículas seminales, la base vesical; permite realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos como el masaje prostático para recolectar muestras o secreciones de esta glándula y del eyaculado en casos de hemospermia, piospermia y secreciones mucosas o de otra naturaleza y alternativa terapéutica de litiasis o congestión glandular; en la prostatitis aguda además de ser doloroso, puede revelar hipertermia y tumefacción.

La valoración con el tacto rectal y la medición de laboratorio no son excluyentes si no complementarios en la posibilidad de incrementar la sensibilidad diagnóstica, ya que el APE sólo se orienta al aspecto glandular (hipertrofia benigna de la próstata y/o cáncer de próstata) e ignora gran número de patologías o condiciones que son susceptibles de encontrar con el examen clínico; ahora bien el TR se ve limitado puesto que sólo evalúa la pared posterior de la próstata y no lo hace con el lóbulo medio y la cara anterior de este órgano (Villegas, et al., 2010).

Al realizar las 2 pruebas (clínica y de laboratorio), se debe tomar primero la muestra sanguínea y después ejecutar el TR y masaje prostático si se requiere, para evitar falsos positivos.

La sensibilidad del TR para detectar cáncer prostático es alrededor del 33% y es aún mayor para la HPB.

La próstata es una estructura masculina que normalmente se palpa hacia el perfil anterior de la ampolla rectal, se ubica con facilidad el polo inferior de esta glándula, identificando un pequeño surco medio longitudinal y los lóbulos laterales simétricos, homogéneos, bien delimitados y de consistencia cauchosa e indolora. El hallar resistencia y/o dolor y/o hipertermia, hace sospechar inflamación, infección o ambas circunstancias. La mayor consistencia (dureza pétrea o leñosa con o sin

uniformidad) permite sugerir la presencia de eventos crónicos como procesos infecciosos granulomatosos, litiasis intraprostática y el cáncer (Villegas, et al., 2010).

Antígeno prostático específico

También llamado calicreína III, seminina, semenogelasa, el antígeno prostático específico es una glicoproteína con un peso de 34 kD, integrado por 237 aminoácidos. El antígeno prostático específico total consta de dos fracciones: libre y compleja, susceptibles de ser cuantificadas en el suero de pacientes afectados por patologías tumorales de próstata, tanto benignas como malignas. Se considera que el nivel del antígeno prostático es alto cuando se encuentra por encima de los 4 ng/dL, con una sensibilidad que oscila entre 67.5 y 80 % y una especificidad de 60 a 80 % para el cáncer de próstata (Hernández, et al., 2013).

Biopsia de próstata

La biopsia prostática es necesaria y constituye el único procedimiento disponible para confirmar el diagnóstico de cáncer de próstata (Trilla y Morote, 2006).

Sólo está indicada su realización cuando vaya a influir en el tratamiento del paciente. La necesidad de realizar una primera biopsia de próstata ha de determinarse en función de: 1. La concentración sérica de APE, el punto de corte tradicional de 4 ng/ml ha sido el más utilizado. 2. Tacto rectal sospechoso. 3. Ambos (Durán, et al., 2013)

La sospecha clínica del cáncer de próstata se basa en el tacto rectal y en las cifras elevadas de APE, pero el diagnóstico requiere de confirmación histológica mediante biopsia guiada por ecografía transrectal (Álvarez, et al., 2013).

II.2.7. Tratamiento

Prostatectomía radical

Es el tratamiento quirúrgico del CP localizado y su indicación se basa en su riesgo de recidiva. Es el tratamiento de elección en CP de riesgo bajo e intermedio y esperanza de vida superior a 10 años. El candidato ideal sería un paciente con una esperanza de vida superior a 10 años, estadio inicial localizado y APE inferior a 10 ng/ml

Radioterapia

La radioterapia guiada por la imagen aumenta aún más la precisión y el índice terapéutico.

Supresión androgénica.

La castración es el tratamiento paliativo del CP diseminado. Los niveles de testosterona sérica permiten evaluar la eficacia de la SA y deben ser inferiores a 50 ng/dl. La SA se consigue suprimiendo la secreción testicular de andrógenos mediante castración quirúrgica o con análogos de la LHRH (Maldonado, et al., 2016).

II.3. Barreras culturales en los servicios de salud

Las barreras que dificultan el acceso a los servicios se clasifican en tres categorías a saber: económicas, geográficas y culturales.

Las barreras culturales, están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del proveedor y la cultura o culturas de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso real de estos últimos a los servicios. En términos generales, estas barreras han sido poco abordadas y atendidas. Están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la

edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre muchos otros factores. Desde diferentes ámbitos se han expresado quejas y frustraciones por la manera en la que se imparte la atención médica, por el trato recibido de parte del personal de los servicios de salud, calificándolo como falta de sensibilidad, de respeto y discriminatorio. Acudir a los servicios médicos aparece como fuente de tensiones y malestar psico-social (Las barreras culturales en los servicios de salud, s.f.).

Las barreras culturales pueden clasificarse desde cuatro ámbitos:

- a) En la estructura de los servicios (el sistema) Los factores que pueden jugar como barreras culturales tienen que ver con la organización de los servicios, la dirección de los mismos, intersectorialidad, marcos éticos, ejercicio del poder, programas, planes, normas, prejuicios, valores, participación de los usuarios y ejercicio de la ciudadanía en ellos.
- b) En el establecimiento o espacio de salud tienen que ver principalmente con la concepción del confort de parte del usuario con respecto al aspecto, diseño, clima, señalizaciones, mobiliario, etc.
- c) En los prestadores del servicio las principales barreras que se presentan en este ámbito son: Ubicación social y status, ejercicio del poder, capacidad de comunicación, valores, prejuicios, condiciones de trabajo, forma de ejercer el poder, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los usuarios.
- d) En los usuarios los elementos que intervienen como barreras culturales tienen que ver con la percepción de la salud y la enfermedad; conciencia de derechos, conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con los servicios de salud, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los prestadores, prejuicios, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana (Las barreras culturales en los servicios de salud, s.f.).

II.4. Barreras culturales de los hombres en relación a la realización del tacto rectal

Entre las herramientas de diagnóstico disponibles, el tacto rectal (TR) es un método rápido, barato y más accesible para los pacientes. Sin embargo, una gran cantidad de hombres todavía se niega a someterse al tacto rectal, y las razones de este comportamiento varían desde la falta de conocimiento sobre la enfermedad hasta los prejuicios culturales relacionados con el examen. Los estudios comunitarios que analizan la razón por la cual los hombres se rehúsan a someterse al tacto rectal son de importancia fundamental para el desarrollo de estrategias de salud pública dirigidas al cribado de cáncer de próstata.

Desenmascarar científicamente el tacto rectal, proporciona información importante a los médicos que se dedican al cribado de cáncer de próstata y a los problemas de atención médica pública. Cuando los candidatos para el cribado de cáncer de próstata son adecuadamente asesorados y tratados con los principios humanísticos que rigen la buena práctica médica, casi el 100% de ellos prometen regresar anualmente para someterse al examen. Demostrando claramente que el tacto rectal está lejos de ser un examen humillante o doloroso.

Es necesario considerar que, debido a la cultura heterosexual generalizada, durante muchas décadas de los latinoamericanos, se han encontrado pacientes muy reacios para someterse al tacto rectal. Posterior al realizarse el APE, hubo un gran avance cuando las esposas y las amigas de los pacientes apoyaron la causa de los urólogos, convenciendo a los pacientes de que el examen de próstata de un hombre tenía el mismo significado que el examen ginecológico preventivo de una mujer. Con este ejemplo y con un gran atractivo de la comunidad médica, hubo una gran cantidad de apoyo para que los hombres se adhieran a los programas de detección de cáncer de próstata en estudios realizados (Antunes, et al., 2008).

Las creencias sociales y culturales también pueden jugar un papel en la negativa de los pacientes al tacto rectal. En estudios recientes casi la mitad de los

pacientes rechazaron el TR informando que creen que es un estudio que les causa vergüenza. Se ha informado que las creencias culturales sobre la masculinidad pueden crear barreras causando un estrés por tratarse de procedimientos invasivos, encontrando que algunos hombres pueden encontrar que someterse al TR no es un comportamiento aceptable para los hombres (Brenny, et al., 2008).

Temores imaginarios o reales sobre la función sexual (creencias falsas que el TR puede causar impotencia) también puede afectar significativamente las creencias de un hombre sobre su masculinidad o sobre su capacidad para satisfacer la suya y los deseos sexuales de su pareja.

Dado que los médicos son responsables de la mayoría pacientes y proveedores de atención médica, se tiene que asumir parte de responsabilidad por los conceptos erróneos sobre el tacto rectal. Debido a la percepción de que las pruebas de APE son superiores, algunos médicos creen y aconsejan a sus pacientes que el tacto rectal no agrega más al APE en detección de cáncer de próstata especialmente si APE es muy bajo y los pacientes pueden rechazar el TR basado en esta información. Los pacientes con APE inferior a 4.0 ng / ml siempre se les debe informar que el TR puede proporcionar información adicional que puede ser pasada por alto por el bajo nivel del APE (Brenny, et al., 2008).

El control preventivo debería comenzar a los 50 años para aquellos hombres con un riesgo promedio de desarrollar cáncer de próstata, y una expectativa de vida de 10 años o más. En aquellos hombres que se encuentren en mayor riesgo de desarrollar cáncer de próstata se debería comenzar a los 45 años. Esto incluye hombres de raza negra y aquellos que tengan un familiar de primer grado (padre, hermano o hijo) con diagnóstico de cáncer de próstata, especialmente antes de los 65 años.

Los hombres que han sido evaluados y presentan niveles de APE menores a 2.5 ng/ml pueden ser citados a control cada dos años. En los casos en que no se

diagnostique cáncer de próstata, la frecuencia de controles posteriores dependerá del resultado de APE. Hombres con APE menor a 2,5 ng/ml serán reexaminados cada dos años. Aquellos con APE mayor a 2,5 ng/ml serán examinados anualmente (Fullá y Ramos, 2013).

Ahora bien, mientras para las mujeres la visita al ginecólogo es tan natural como obligada, para muchos hombres la visita al urólogo se da sólo cuando la molestia o enfermedad está muy avanzada (Fernández, et al., 2007). Uribe (1999) afirma: “los hombres no consultan a tiempo, realmente porque los domina el ego machista y el miedo a exponer su intimidad durante el examen médico”.

Martínez (1998) refiere, existen realmente muchas creencias y falacias en torno a la próstata, su revisión y los problemas relacionados con ella antes de visitar al urólogo. Dichas creencias son las causantes de descubrimientos tardíos de afecciones prostáticas que, tal vez tratadas tempranamente podrían haberse controlado. Es precisamente ese tabú, el que explica que aun cuando un individuo presente síntomas los ignore y, por su puesto, postergue al máximo la visita al médico.

Quedando demostrado en una investigación de tipo cualitativa, en la Ciudad de México, con participación de 30 hombres mayores de 45 años de edad, a quienes no se les había realizado el tacto rectal para detección de patologías prostáticas. El objetivo del trabajo fue reportar los significados que los hombres otorgan al tacto rectal empleado en las revisiones prostáticas para el diagnóstico de cáncer de próstata, encontrando que más de la mitad de los participantes tuvieron conocimientos generales sobre la próstata y el tacto rectal (Córdoba et al.,2018)

Para algunos pensar que les tendrían que hacer el TR sería sinónimo de que ya están cercanos a morir. Para todos los participantes la connotación de hombría está relacionada a no permitir que le introduzcan un dedo en el recto, siendo una situación vergonzosa considerar que les hicieron el tacto rectal.

Hubo dos comentarios sobre los médicos que hacen la exploración y creen que es muy probable que los doctores sean homosexuales, sin olvidar que el tema de dolor es algo que la mayoría externó y por lo cual no se realizarían el TR.

Para los que se orientaron hacia la prevención, consideran que es bueno que exista un medio para conocer en qué condiciones se encuentra la próstata y decidir un tratamiento lo antes posible para atender la salud de quien cursa con CaP. Considerando que los hombres que acuden a una revisión prostática sin tener molestias y no son homosexuales entonces son muy valientes y merecen respeto por atreverse a hacer lo que ellos no harían (Córdoba et al., 2018)

En este sentido, los temores o inhibiciones que puedan experimentar los hombres para llevar a cabo la revisión médica, pueden estar relacionados con las creencias que se tengan con respecto a la enfermedad o el tratamiento. (Fajardo, Jaimes, 2016). La OMS/OPS (2002) plantea que, “una creencia es un preposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace; es una predisposición a la acción”.

En un estudio descriptivo realizado en Santa Rosa de Cabal, durante los meses de febrero- abril, con participación de 150 hombres, determinaron que la gran mayoría de los hombres asociaron el cáncer de próstata a factores de riesgo como fumar, la promiscuidad, el alcoholismo, la desnutrición, la obesidad y la falta de actividad física.

Las principales razones por las que los pacientes rechazaron el tacto rectal fueron la falta de síntomas del tracto urinario inferior, conceptos erróneos sobre el tamizaje de cáncer de próstata y la vergüenza, principalmente cuando se someten al examen por primera vez. Encontraron algunas barreras para la realización del tacto rectal como son la falta de información clara y suficiente, el machismo, la falta de autoestima, el temor al diagnóstico, dolor durante la prueba, debido a que les

afectaría el desempeño sexual o es incómodo, por falta de recursos y apoyo o por creencias religiosas (Grisales et al., 2011).

Es así como, Farrel, et. al. (2002) concluye que la información suministrada a los pacientes en relación con la identificación precoz del cáncer de próstata no es suficiente y, debe ser considerada la comprensión de las creencias de los individuos vinculadas a la salud y la enfermedad. Para la OMS/OPS (2002), al realizar una investigación empírica es casi imposible desde el punto de vista práctico y metodológico, separar actitudes y creencias. De ahí, que una actitud sea definida como: “una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, la cual predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada”.

Las creencias representan los componentes primordiales y determinantes de las actitudes; pueden moldear, influir en el grado de salud, creatividad y la manera como se relaciona el ser humano. De ahí, que, conociendo las actitudes y creencias de una persona con respecto a algo, es posible predecir más fácilmente sus prácticas, hábitos o respuestas establecidas para una situación común (OMS/OPS, 2002).

Esto es demostrado en un estudio realizado en Brasil a 160 hombres, con edades entre 50 y 80 años por Pereira, et al., (2011), con el objetivo de describir las barreras sobre rastreo del cáncer de próstata, determinaron que, en relación a las creencias sobre el examen de próstata, el 53.1% de los participantes refirieron que no afecta la masculinidad por lo tanto si se realizarían el tacto rectal. Más determinante es la recomendación del médico para su realización, con una aprobación del 61.3% de los encuestados, considerando que el principal motivo de los entrevistados que todavía no habían realizado los exámenes de rastreo de cáncer de próstata fue que el médico nunca se los solicitó.

Llegando a la conclusión que los factores envueltos en los comportamientos, creencias, cultura y tabús de los hombres frente al rastreo propuesto es la mejor forma de abordaje para detección precoz lo que puede favorecer estrategias dirigidas a prácticas de prevención más adecuadas.

Newling (2002), sugiere que la mejor manera de reducir la mortalidad es que los hombres sean conscientes de los factores de riesgo, estén informados sobre posibilidades de detección y tratamiento, y participen en el control de su propia salud.

Es así como Arbeláez y Montealegre (2012) identificaron los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes realizados en la detección temprana del cáncer de próstata en un estudio de 83 hombres adultos, con edades entre 50 y 70 años realizado en el municipio de Medellín, Colombia. Cuyos resultados fueron que el 68,7% de los participantes tuvieron conocimientos adecuados sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata, aquellos que no tenían conocimientos sobre los aspectos propios del examen, presentaron una actitud y práctica inadecuada 56,6 % sobre el tacto rectal, identificando al médico como la principal fuente de información sobre el cáncer de próstata y/o exámenes de detección temprana.

III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Desenmascarar científicamente el tacto rectal, proporciona información importante a los médicos que se dedican al cribado de cáncer de próstata y a los problemas de atención médica pública. Cuando los candidatos para el cribado de cáncer de próstata son adecuadamente asesorados y tratados con los principios humanísticos que rigen la buena práctica médica, casi el 100% de ellos prometen regresar anualmente para someterse al examen. Demostrando claramente que el tacto rectal está lejos de ser un examen humillante o doloroso (Antunes, et al., 2008).

Asimismo, el conocimiento brinda un significado a las actitudes y creencias e implica datos concretos sobre los cuales se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. Sin embargo, el conocimiento no garantiza una conducta adecuada. Así, en una encuesta realizada por la asociación mundial de pacientes con cáncer de próstata creada en septiembre del 2000, se concluyó que la detección precoz y el tratamiento eficaz del cáncer de próstata se ve obstaculizado por la ignorancia, la explicación inadecuada de las opciones de tratamiento y las decisiones apresuradas (Fernández, 2007).

El temor, pudor y machismo hacen que muchos varones rechacen la toma del tacto rectal; pero también por ignorancia, vergüenza y porque no hay una verdadera capacitación del médico que permita optimizar la riqueza semiológica de la valoración del área perineoanorrectal. De la misma manera como se realizan campañas y estrategias para motivar y concientizar a la mujer para la realización del examen de seno y la citología, debe procederse con ambos géneros en el conocimiento de la enorme utilidad del examen perineoanorrectal, para que se realice con similar naturalidad a la de un examen de ojos, abdomen, próstata, testículos y pene, por ejemplo (Villegas, et al., 2010).

IV. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los hombres mayores de 50 años, que tienen conocimientos sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata, presentan una actitud adecuada mayor a 68.7% sobre la realización del tacto rectal.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

V.OBJETIVOS

V.1. Objetivo general.

Identificar las actitudes y conocimientos de la población masculina mayor de 50 años, que acude a la consulta del 1er nivel de atención, sobre el tacto rectal, como método de detección oportuna del cáncer de próstata.

V.2. Objetivos específicos.

- 1) Identificar los conocimientos que tienen los hombres mayores de 50 años sobre el tacto rectal.
- 2) Describir las creencias que tienen los hombres mayores de 50 años sobre el tacto rectal.
- 3) Determinar las actitudes de los hombres mayores de 50 años sobre el tacto rectal.
- 4) Mencionar las variables sociodemográficas de los hombres mayores de 50 años (edad, escolaridad, ocupación, religión).

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de Investigación.

Se realizó un estudio observacional transversal y descriptivo.

VI.2. Población o unidad de análisis

Pacientes adultos que acudieron a la consulta externa de la unidad de medicina familiar no.16 del IMSS, de julio a septiembre del 2019.

VI.3. Muestra y tipo de muestra

El cálculo de tamaño de muestra se realizó con la fórmula para una población infinita, con un nivel de confianza del 95%, una prevalencia del evento del 68.7% y una precisión del 5%.

$$N: \frac{(Z\alpha) (p)(q)}{\delta^2}$$

N: tamaño de muestra

p: proporción de sujetos portadores del grupo de estudio.

q: 1 – p (sujetos que no tienen la variable de estudio)

δ: Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Zα: Distancia de la media del valor de significación propuesto.

Sustituyendo

p: proporción reportada según el conocimiento que tienen los hombres sobre el tacto rectal y su realización es del 68.7%.

$$p= 68$$

$$q= 1- 0.68 = 0.32$$

δ= se acepta una precisión de +/- 5% (0.05)

Z α = Valor de Z 1.64 (nivel de confianza del 95%)

$$N = \frac{(1.64)^2 (0.68)(0.32)}{.05^2}$$

$$N = \frac{(2.6896)(0.2176)}{.0025}$$

$$N = \frac{0.58519}{0.0025} = 234$$

234 pacientes para determinar sus conocimientos y actitudes sobre la detección oportuna del cáncer de próstata.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron pacientes que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado, pacientes adultos del sexo masculino, de entre 50 a 80 años y que sabían leer y escribir. Excluyendo a aquellos pacientes que contaban con el antecedente de la realización del tacto rectal por su médico tratante u otro médico y con diagnóstico previo de enfermedad prostática, eliminando así a los pacientes que no contestaron completamente el cuestionario.

VI.3.2 Variables estudiadas

Se recabaron variables sociodemográficas: Edad, sexo, escolaridad, ocupación y religión; así como las creencias, las actitudes y los conocimientos de los participantes acerca de los padecimientos prostáticos y su detección oportuna.

VI.4. Técnicas e instrumentos.

Para evaluar las variables se utilizó el instrumento titulado “Cuestionario psicométrico para evaluar las creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna (CHPB)”, dirigido a la población masculina entre 35 y 65 años de edad, residentes en la ciudad de Medellín, Colombia. El cuestionario consta de 85 ítems, los cuales fueron sometidos al análisis factorial con rotación Varimax. Fue sometido a juicio de tres investigadores en el área de sexualidad, un médico especialista en orientación y educación sexual, un urólogo y dos psicólogos. Las categorías evaluadas son:

Categoría	Número de Pregunta
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.

Fuente: Cuestionario psicométrico para evaluar creencias, actitudes y conocimientos asociados a hiperplasia prostática benigna.

El alpha de Cronbach o consistencia interna del instrumento es de 0,75; con un tiempo de aplicación de 30 minutos y autoadministrable. Contiene cinco opciones de respuesta tipo Likert, técnica de escala que mide tanto el grado positivo como negativo de un enunciado. Para asignar el nivel de actitud o creencia, se le asignó un valor, con 1 como el valor más negativo y 5 como el valor más positivo.

Respuesta tipo Likert	Tipo de dirección
Totalmente en desacuerdo	Negativa (1)
Desacuerdo	Negativa (2)
Indiferente.	Neutro (3)
Acuerdo.	Positiva (4)
Totalmente de acuerdo	Positiva (5)

Fuente: Cuestionario psicométrico para evaluar creencias, actitudes y conocimientos asociados a hiperplasia prostática benigna.

Entendiendo como representativa su postura positiva o negativa con respecto a lo que se pregunta en cada ítem de la categoría correspondiente.

VI.5. Procedimiento

Después de la autorización por comité local, se solicitó permiso a Dirección de la UMF No. 16 para la realización de las encuestas a los pacientes, con los permisos correspondientes, se acudió al turno matutino y vespertino y se aplicaron las encuestas; explicándoles a cada uno en qué consistía el estudio y objetivo del mismo, previa entrega y firma del consentimiento informado, se aplicó una hoja de recolección de datos y el cuestionario para evaluar las creencias, actitudes y el cuestionario de conocimientos acerca de la hiperplasia prostática benigna autoaplicado por el paciente.

VI.5.1. Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva. Para las variables cuantitativas se calculó promedios. Para las cualitativas, se usaron frecuencias e intervalos de confianza para porcentajes.

VI.5.2. Consideraciones éticas.

El presente estudio se apegó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, así como, en la declaración de Helsinki, Finlandia, actualizada en Fortaleza 2013.

Considerada como una investigación sin riesgo de acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en su artículo 17 inciso I.

Se requirió consentimiento informado de los pacientes encuestados, donde se explicó el objetivo de la investigación.

Se garantizó la confidencialidad de resultados y la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio, sin violar los aspectos éticos ni se expuso la integridad o la salud.

Se brindó información a los pacientes encuestados sobre generalidades de la próstata y sus patologías, reforzando las acciones de promoción para la salud, asesorando, motivando y concientizando a los participantes sobre la realización del tacto rectal y así disminuir los prejuicios culturales sobre este método de diagnóstico.

VII. RESULTADOS

Se analizaron 234 pacientes masculinos, con una edad mínima de 51 y máxima de 88 años; el promedio de edad fue 60.5 ± 7.32 (Cuadro VII.1)). En situación laboral 82.5% (IC 95%; 77.6 - 87.4), profesa el catolicismo 89.7% (IC 95%; 85.8 - 93.6) con escolaridad de licenciatura 59.4% (IC 95%; 53.1 - 65.7) (Cuadro VII.2).

La postura que predominó a los ítems correspondientes a la categoría de creencias fue negativa 73.9% (IC 95%; 68.3 - 79.6) (Cuadro VII.3). De las creencias presentadas por los encuestados se encontró que 51.7% (IC 95%; 45.3 - 58.1) mencionaron estar totalmente en desacuerdo que si consultan al médico por problemas prostáticos perderán su masculinidad, en total desacuerdo que el tacto rectal despierte las tendencias homosexuales 55.1% (IC 95%; 48.7- 61.5), no son superhombres 45.3% (IC 95%; 38.6 - 51.4) por tal motivo si se pueden enfermar 53% (IC 95%; 46.6 - 59.4), por lo que si es conveniente la realización del tacto rectal 44.9% (IC 95%; 38.5 - 51.3). El 50.9 (IC 95%; 44.5 - 57.3) consideró estar totalmente en desacuerdo que el tacto rectal es para hombres mayores de 60 años e indeciso con 31.6 % (IC 95%; 25.6 - 37.6) al preguntar si hay relación directa entre la próstata y sexualidad (Gráfica VII.1). El resto de la información se presenta del cuadro VII.4 al VII.6.

Respecto a las actitudes se encontró que 71.4% (IC 95%; 65.6 - 77.2) tuvieron una postura negativa a los ítems de dicha categoría (Cuadro VII.4). El 33.3% (IC 95%; 27.3 - 39.3) de los hombres encuestados estuvieron de acuerdo que no se realizarían el tacto rectal por iniciativa propia, con una proporción similar de participación 35.5% (IC 95%; 29.4 - 41.6) se realizarían el examen si su médico se los recomienda. El 46.2% (IC 95%; 39.8 - 52.6) mencionaron estar totalmente en desacuerdo que no consultan por problemas de próstata por temor a descubrir que están enfermos (Gráfica VII.2)

Se encontró que 35.9% (IC 95%; 29.8 - 42.0) han pensado realizarse el tacto rectal, 43.2% (IC 95%; 36.9 - 49.5) estuvo en desacuerdo que les dé más pena realizar se el tacto rectal con una mujer que con un hombre, considerando que si es molesto 42.7% (IC 95%; 36.4 - 49.0) pero nada del otro mundo (Gráfica VII.2). La información restante se muestra del cuadro VII.8 al VII.10.

En la categoría de conocimientos se observó una postura de indiferente con 79.9% (IC 95%; 74.8 - 85.0) a las preguntas realizadas (Cuadro VII.5). Estuvieron de acuerdo con 38% (IC 95%; 31.8 - 44.2) que la próstata forma parte del sistema urinario, los problemas de la próstata son un tabú 32.9% (IC 95%; 26.9 - 38.9) y si tengo problemas para orinar necesito visitar al médico en 44.4% (IC 95%; 38.0 - 50.8). Totalmente de acuerdo que la próstata forma parte de los órganos genitales 38.9% (IC 95%; 32.7 - 45.1) y con 46.2% (IC 95%; 39.8 - 52.6) el tacto rectal lo puede realizar cualquier médico. El 41.5% (IC 95%; 35.2 - 47.8) dudó si la información de la próstata debe ir pareja para ambos sexos. El 43.6% (IC 95%; 37.2 - 50) mencionó que la realización del tacto rectal no es por falta de información del médico (Gráfica VII.3). Se presenta la información restante en los cuadros VII.12 y VII.13

Cuadro VII.1 Frecuencia según la edad

n=234

Edad	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
<= 51	9	3.8	1.4	6.2
52 – 61	150	64.1	58	70.2
62 – 71	47	20.1	15	25.2
72 – 81	27	11.5	7.4	15.6
82 – 91	1	0.4	-0.4	1.2

Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS Querétaro, en julio - agosto 2019.

Cuadro VII.2 Características sociodemográficas.

n=234

Características Sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Ocupación				
Desempleado	17	7.3	4	10.6
Jubilado	24	10.3	6.4	14.2
Labora	193	82.5	77.6	87.4
Religión				
Católica	210	89.7	85.8	93.6
Cristiana	12	5.1	2.3	7.9
Ninguna	12	5.1	2.3	7.9
Escolaridad				
Primaria	7	3	0.8	5.2
Secundaria	4	1.7	0	3.4
Preparatoria	33	14.1	9.6	18.6
Técnico	51	21.8	16.5	27.1
Licenciatura	139	59.4	53.1	65.7

Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS Querétaro, en julio - agosto 2019.

Cuadro VII.3 Postura presentada a las preguntas de la categoría de creencias

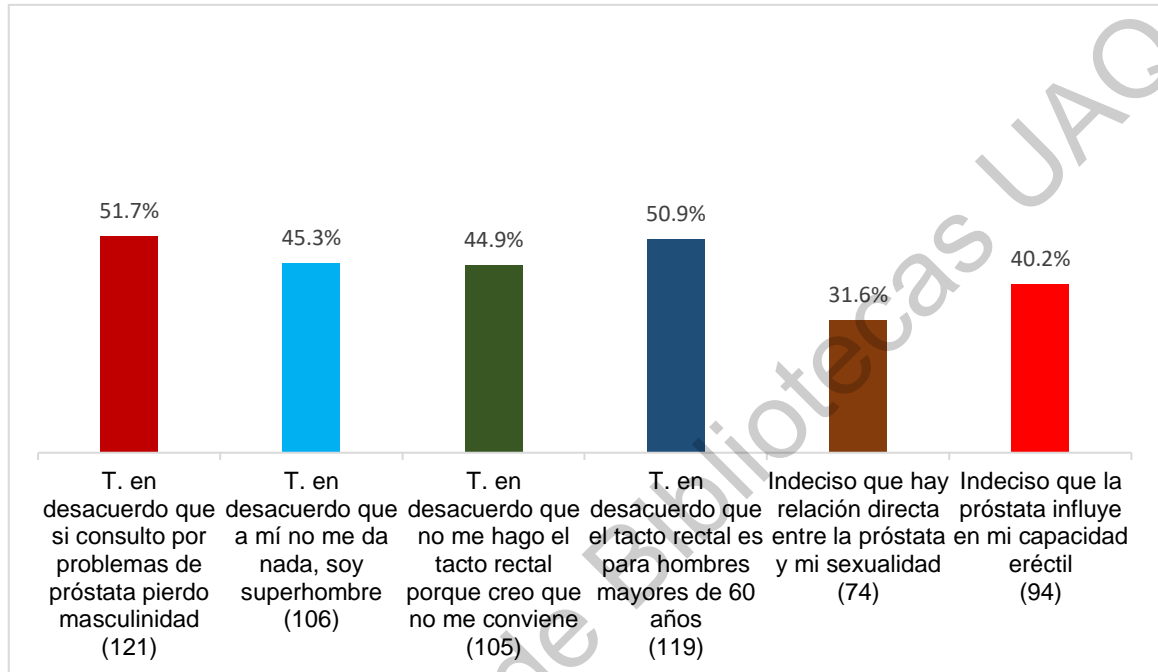
n=234

Posturas	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Totalmente desacuerdo	29	12.4	8.2	16.6
Desacuerdo	173	73.9	68.3	79.6
Indiferente	31	13.2	8.9	17.6
De acuerdo	1	0.4	0.0	1.3
Totalmente de acuerdo	0	0.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS Querétaro, en julio - agosto 2019.

Gráfica VII.1 Creencias del tacto rectal y la glándula prostática.

n=234



Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS Querétaro, en julio - agosto 2019.

Cuadro VII.4. Porcentajes correspondientes a la categoría de creencias.

n=234

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Pienso que el examen del tacto rectal despierta las tendencias homosexuales.	55.1	30.8	12.8	0.9	0.4
Si me enfermo de la próstata hay deterioro en mi función sexual.	2.1	17.5	41	12.4	26.9
Si voy a consultar por problemas de próstata pierdo masculinidad.	51.7	39.7	6	2.6	0
Creo que el tacto rectal es como una violación.	48.7	38.5	12.9	0	0.9
Creo que si tengo problemas de próstata no puedo tener relaciones sexuales.	31.6	47.4	17.1	1.7	2.1
No me hago el examen del tacto rectal porque creo que no me conviene.	44.9	38	15.4	0.9	0.9
La próstata regula mi capacidad eréctil.	33.3	26.5	26.5	10.3	3.4
Si me realizo una cirugía de próstata pierdo la potencia sexual.	29.9	34.6	32.5	3	0
Creo que algunos alimentos evitan el crecimiento de la próstata.	16.7	17.9	37.2	26.5	1.7
Aún soy virgen porque no me han hecho el examen del tacto rectal.	40.6	41.9	12.4	5.1	0
Creo que hay una relación directa entre próstata y sexualidad.	6	10.3	31.6	22.6	29.5
Creo que si tuviera problema de próstata me volvería de mal genio.	42.7	23.9	21.8	2.6	9
Pienso que si me hago el examen del tacto rectal dejo de ser hombre.	50.4	33.8	4.7	10.3	0.9

Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS Querétaro, en julio - agosto 2019.

Cuadro VII.5. Porcentajes correspondientes a la categoría de creencias.

(Parte 2)

n=234

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
La cirugía de próstata afecta la respuesta sexual.	45.7	23.1	27.8	2.6	0.9
Creo que si tengo problemas de próstata me puede producir dolor en el momento de tener una erección.	41	26.9	27.8	3	1.3
Creo que si sufro de la próstata tendré dificultades psicológicas.	47.4	28.6	12.4	11.5	0
Pienso que si tengo problemas de próstata me volveré caprichoso.	37.6	25.6	32.1	4.7	0
Si tengo mucha actividad sexual puedo sufrir de problemas de próstata.	44.4	22.6	29.9	0.4	2.6
Pienso que por ser hombre no me enfermo.	37.6	53	5.6	2.6	1.3
La próstata tiene que ver con mi erección.	37.6	24.4	32.1	3.8	2.1
Creo que si tengo problemas de la próstata se me dificultará tener relaciones sexuales.	24.4	33.3	32.9	9	0.4
A mí no me da nada, soy un superhombre.	39.3	45.3	13.7	0.9	0.9
Creo que cuando hay problemas de próstata hay manifestación de dolor.	10.3	17.5	34.3	30.3	7.7
La próstata influye en mi capacidad eréctil.	26.5	24.4	40.2	9	0

Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS Querétaro, en julio - agosto 2019.

Cuadro VII.6. Porcentaje correspondientes a la categoría de creencias.

(Parte 3)

n=234

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Considero que el examen del tacto rectal es para homosexuales.	53.4	33.8	12.4	0.4	0
Creo que si tuviera un problema de próstata perdería el interés sexual.	39.3	22.6	31.2	6	0.4
Considero que el médico que realiza el examen del tacto rectal tiene aberraciones sexuales.	35	50	13.7	0.9	0.4
Creo que la ropa interior que uso tiene que ver con el problema de próstata.	29.9	40.6	27.2	1.3	0.4
Pienso que si monto mucho en motocicleta me generará problemas de próstata.	33.3	41	23.1	1.3	0.9
Pienso que si tengo mucha actividad sexual se puede afectar mi próstata.	23.9	48.3	9	5.6	13.2
Pienso que si tengo problemas de próstata se afecta mi función sexual.	9.4	12	35.5	29.1	14.1

Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre Hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS, Querétaro, en julio - agosto 2019.

Cuadro VII.7 Postura presentada a las preguntas de la categoría de actitudes

n=234

Posturas	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Totalmente desacuerdo	31	13.2	8.9	17.6
Desacuerdo	167	71.4	65.6	77.2
Indiferente	33	14.1	9.6	18.6
De acuerdo	3	1.3	0.0	2.7
Totalmente de acuerdo	0	0.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS Querétaro, en julio - agosto 2019.

Gráfica VII.2 Actitudes presentadas para realizar el tacto rectal.

n=234



Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS Querétaro, en julio - agosto 2019.

Cuadro VII.8. Porcentaje correspondientes a la categoría de actitudes.

n=234

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Pienso que no me enfermaré de la próstata.	48.3	35.9	14.5	0.9	0.4
Prefiero que el examen del tacto rectal me lo haga una mujer.	44	41.5	11.5	1.3	1.7
Me hago el examen del tacto rectal sólo cuando me lo recomienda el médico.	13.7	20.9	14.1	35.5	15.8
No me hago el examen del tacto rectal por iniciativa propia.	12.4	20.5	20.5	33.3	13.2
Si tengo problemas de próstata me siento disminuido.	18.4	26.1	33.3	19.7	2.6
Ser prostático para mi significa dejar de funcionar sexualmente.	41	26.1	29.5	3.4	0
Me da pena decir que tengo problemas de próstata.	44.4	36.8	8.5	8.5	1.7
El examen del tacto rectal es molesto, pero no es nada del otro mundo.	10.7	5.1	15.4	42.7	26.1
No me gusta hablar acerca del examen del tacto rectal con nadie.	38.9	37.2	4.7	14.1	5.1
Me da miedo o fastidio el examen del tacto rectal porque me introducen el dedo por el ano.	40.6	40.2	8.5	2.1	8.5
Mis relaciones sexuales se limitan a la penetración genital.	41.9	32.1	11.5	9	5.6
No estoy acostumbrado a desnudarme para que me hagan un tacto rectal.	50	29.9	13.7	4.7	1.7

Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS Querétaro, en julio - agosto 2019.

Cuadro VII.9. Porcentajes correspondientes a la categoría de actitudes.

(Parte 2)

n=234

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Me da pena que sea otro hombre el que me haga el tacto rectal.	45.7	40.6	3	9.4	1.3
Disminuirá mi respuesta sexual si me doy cuenta que tengo problemas de próstata.	30.8	19.7	31.6	16.2	1.7
No consulto al médico por problemas de próstata por temor a descubrir que tengo cáncer.	42.3	41	9.4	7.3	0
No voy al médico a consultar sobre mi próstata por miedo a que me diga que tengo una enfermedad.	46.2	37.2	4.7	9	2.6
No me atrevo a reconocer que tengo problemas de próstata.	46.2	35.5	13.2	1.3	3.8
Después del examen del tacto rectal no me siento violado.	41.6	41	6.8	8.5	1.7
Después de un examen de tacto rectal no siento deseos sexuales.	35	30.3	29.9	2.6	2.1
Me da temor que las mujeres se den cuenta que tengo problemas de próstata y ya no me miren.	50	33.3	13.7	2.6	0.4
Me haría el examen del tacto rectal solo en casos extremos.	35.9	46.6	12	5.1	0.4
No me haría el examen del tacto rectal solo por gusto.	39.3	22.2	7.7	28.6	2.1
Solo me hare el examen del tacto rectal cuando tenga problemas para orinar.	6.4	43.2	7.7	27.4	15.4

Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS Querétaro, en julio - agosto 2019.

Cuadro VII.10. Porcentajes correspondientes a la categoría de actitudes.

(Parte 3)

n=234

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Si estoy enfermo de la próstata me siento humillado.	41.5	41.5	11.1	4.7	1.3
Después de un examen de tacto rectal no siento deseos sexuales.	28.2	30.3	37.2	3.4	0.9
No me realizo el examen del tacto rectal porque no tengo ningún síntoma.	19.2	40.2	32.9	5.1	2.6
No me haría el examen del tacto rectal más de una vez.	41.5	32.1	10.3	9.4	6.8
No me gusta hablar acerca de la próstata.	40.2	41	10.3	6.4	2.1
Me da más pena hacerme el examen del tacto rectal con una mujer que con un hombre.	39.3	43.2	8.5	6	3
Nunca he pensado hacerme el examen del tacto rectal.	34.2	35.9	7.3	15.3	6.8
Ser prostático para mi significa perder potencia sexual.	8.1	4.3	13.7	53.8	20.1

Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS Querétaro, en julio – agosto 2019

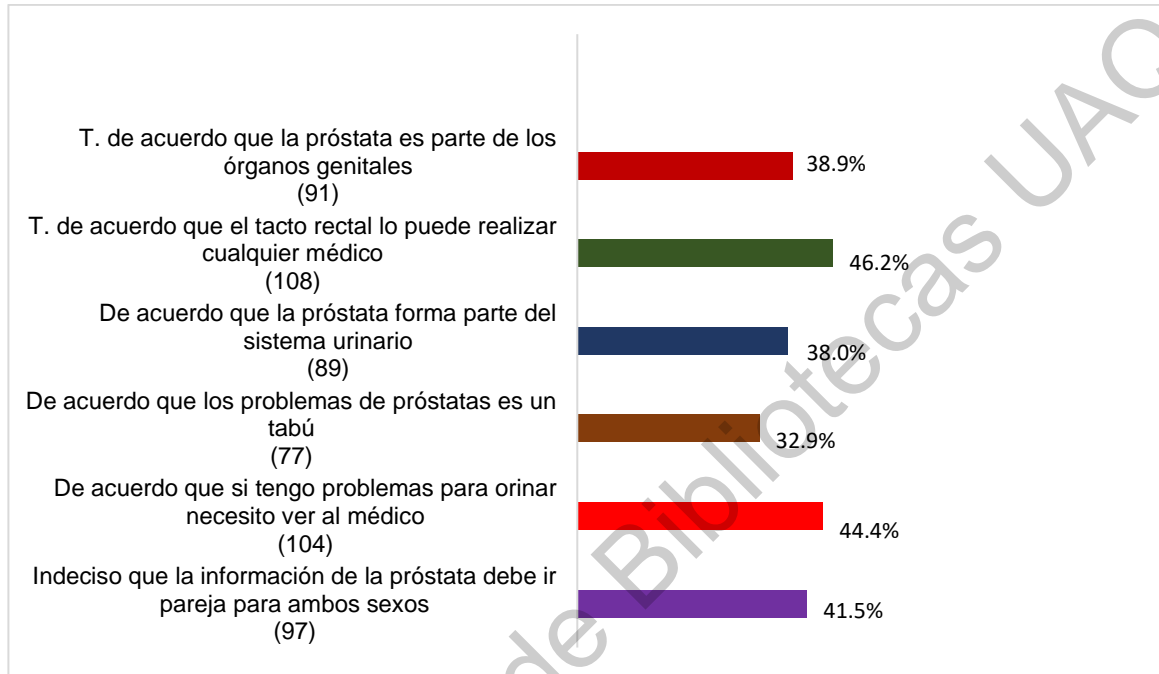
Cuadro VII.11. Postura presentada a las preguntas de la categoría de conocimientos

Posturas	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
Totalmente desacuerdo	2	.9	0.0	2.0
Desacuerdo	21	9.0	5.3	12.6
Indiferente	187	79.9	74.8	85.0
De acuerdo	23	9.8	6.0	13.6
Totalmente de acuerdo	1	.4	0.0	1.3

Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS Querétaro, en julio - agosto 2019.

Gráfica VII.3 Conocimientos generales de la próstata.

n=234



Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS Querétaro, en julio - agosto 2019

Cuadro VII.12. Porcentajes correspondientes a la categoría de conocimientos.

n=234

	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
No me hago el examen del tacto rectal por falta de información clara por parte del médico.	43.6	28.2	20.5	6.8	0.9
Mi respuesta sexual no depende del estado de salud de mi próstata.	14.1	25.2	25.2	18.4	17.1
Creo que si tengo dificultades al orinar necesito revisión médica de mi próstata.	10.7	3.8	14.5	44.4	26.5
Si no tengo un chorro continuo al orinar es porque tengo problemas de próstata.	5.1	32.5	14.1	33.3	15
Pienso que hay otros exámenes mejores que el del tacto rectal para examinar la próstata.	12.8	28.2	30.3	12.4	16.2
Sabré que tengo problemas de próstata en el momento en que me enferme.	46.2	31.6	12	9	1.3
Si llevo una vida sana evito los problemas de próstata.	30.8	39.7	5.1	16.7	7.7
Pienso que el tema de los problemas de próstata es un tabú.	3.8	17.1	15.4	32.9	30.8
Creo que la próstata hace parte de los órganos genitales.	1.7	10.7	15.8	32.9	38.9
Creo que la información acerca de la próstata debe ir por parejo para ambos sexos.	15	25.2	41.5	3.4	15
Creo que la próstata es una glándula que produce semen.	21.8	28.6	36.3	2.1	11.1

Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS Querétaro, en julio – agosto 2019.

Cuadro VII.13. Porcentajes correspondientes a la categoría de conocimientos.

(Parte 2)

n=234

	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Creo que la próstata es una glándula que produce hormonas.	37.6	45.7	8.5	1.7	6.4
Creo que cuando hay problemas de próstata no hay síntomas.	18.8	12.4	12.4	36.8	19.7
Cuando hay problemas de próstata hay dificultad para orinar.	28.2	27.4	31.6	5.6	7.3
Pienso que el problema de la próstata es algo genético.	3.4	11.1	13.2	43.6	28.6
Creo que cuando hay problemas de próstata hay manifestación de dolor.	13.2	29.9	19.2	17.5	20.1
Pienso que la próstata es una glándula que se encuentra debajo del recto.	6	15	31.2	34.6	13.2
Pienso que la próstata es una glándula que hace parte del sistema urinario.	4.3	10.7	10.7	38	36.3
Pienso que el examen del tacto rectal lo puede hacer cualquier médico.	6	9	7.7	46.2	31.2
Si siento que orino seguido es porque hay problemas de próstata.	4.3	8.5	10.3	17	59.8
Creo que tengo problemas de próstata cuando orino a gotas.	5.1	3.8	14.1	50	26.9

Fuente: Cuestionario sobre creencias, actitudes y conocimientos sobre hiperplasia prostática benigna, aplicado a hombres de la UMF16, IMSS Querétaro, en julio – agosto 2019.

VIII. DISCUSIÓN

En México, el cáncer de próstata (CaP), constituye la primera causa de muerte por enfermedad neoplásica, en la población masculina mayores de 65 años de edad; de los cuales, alrededor del 90% son descubiertos en etapa local y/o regional. Es un eje fundamental la detección oportuna para prevenir la extensión extraprostática y diseminación metastásica del CaP, porque favorece la identificación oportuna de tumores localizados.

Esta detección no se realiza por diferentes factores, entre los que se distinguen el temor, pudor, machismo, ignorancia, vergüenza, la poca presencia de síntomas en el trato urinario, creencias erróneas que se conjugan con la falta de una cultura de prevención en salud masculina.

La fortaleza que tiene realizar este estudio, es conocer algunos significados que se relacionan y forman parte de un conjunto de ideas, creencias o actitudes, que, aunque por separado, aportan conocimientos sobre cómo piensan algunos hombres para tomar decisiones sobre los cuidados de su salud. La debilidad del mismo es haber utilizado un cuestionario con opciones de respuesta tipo Likert, que en lugar de facilitar su resolución dificultaba la contestación de algunas preguntas, lo que hace confusa su interpretación tanto para el encuestado como para el encuestador. A pesar de agrupar las preguntas por categorías no podían ser interpretadas en conjunto, sino individualmente.

Las características sociodemográficas de la escolaridad y situación laboral de este estudio fué diferente en comparación a otros, como el realizado por Arbeláez y Montealegre (2012) en Colombia; resultados atribuibles a que la zona geográfica alrededor de donde se realizó la investigación es considerado espacio urbano, el municipio es uno de los centros económicos del país, sobre todo en la industria. Estas diferencias sociodemográficas no influyeron en la forma de responder de los encuestados.

Los hombres encuestados tienen la creencia de que el examen de próstata no afecte su masculinidad, ya que muy probablemente aceptan que al realizarse el tacto rectal no los hace más vulnerables en su identidad de género, no obstante, no lo realizan ya que no lo consideran probablemente un estudio diagnóstico preventivo y necesario para su salud prostática. Resultados similares a lo encontrado por Pereira, et al; en Brasil.

En este estudio se describió la postura de los encuestados en positiva o negativa con respecto a lo que se pregunta en cada ítem, ya que al conjuntar las preguntas por categoría obtendríamos una información errónea, debido a que cada ítem es específico en su resultado. En base a esto existe un porcentaje considerable que tiene una actitud adecuada con respecto al realizarse el tacto rectal sin encontrar algunas barreras culturales para la realización del tacto rectal como en el estudio realizado por Arbeláez y Montealegre (2012) en Colombia.

La falta de información por el médico, la cultura machista, temor al diagnóstico de enfermedad prostática o miedo al realizar el examen no se presentaron en el estudio, sin embargo, no se observó que existiera una predisposición mayoritaria de realizarse el tacto rectal debido probablemente a que es distinto lo que pensamos y decimos a lo que verdaderamente hacemos.

Se identificaron algunos conocimientos generales de la próstata, como que los hombres consideran que la próstata forma parte del sistema urinario, con una opinión dividida si existe relación entre la próstata y la sexualidad o si existen otros exámenes diferentes que el tacto rectal. Los resultados observados pueden deberse al desinterés del paciente de informarse sobre padecimientos exclusivos de su género, el miedo que existe en los hombres de hablar de su sexualidad con el personal de salud o del médico de facilitar información sobre la glándula prostática y sus enfermedades.

IX. CONCLUSIONES

Los participantes se encontraban en la sexta década de edad con 64.1%, el 59.4% profesionistas y católicos 89.7%.

Se determinó que el 51.7% de los encuestados no consideraron que la conceptualización de masculinidad se comprometiera al consultar por problemas prostáticos, el 35.5% mencionó que se realizarán el tacto rectal si lo recomienda el médico, asociaron la sintomatología urinaria con enfermedad prostática 44.4%.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

IX. PROPUESTAS

Desestigmatizar el estudio del tacto rectal mediante campañas publicitarias de impacto social.

Concientizar al adulto joven de los beneficios de realizarse el tacto rectal para la prevención y detección oportuna de enfermedades prostáticas.

Validar un instrumento de estudio en población mexicana que ayude a recabar información específica de las barreras asociados a la atención de enfermedades prostáticas.

Promocionar la plataforma del IMSS para acceder a información relacionada con la promoción de la salud para los hombres.

Crear una app con información médica didáctica que orienten a los hombres sobre la salud de la próstata.

Involucrar a la pareja como apoyo de convencimiento sobre la importancia de realizar los estudios de diagnóstico de enfermedades prostáticas.

X. BIBLIOGRAFIA

- Álvarez C., De Luca S., Dieguez A., González C., Mariluis C., Paganini L., Vallejos J., Villaronga A. (2013). Actualización de la estadificación del cáncer de próstata. *Rev. Argent. Radiol.* 77 (4) pp. 301-305.
- Antunes A., Cury J., Furlan B. A., Kato R., Srougi M., Vicentini F. (2008). Patient's reactions to digital rectal examination of the prostate. *International Braz J Uro.* 34 (5) pp. 572-576.
- Arbeláez R. J. D., Montealegre N. A. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de Dos Comunas de Medellín. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 30 (3) pp. 300-309.
- Baluja I. B., Bermúdez S., Rodríguez M. R. (2007). Patologías benignas de la próstata: Prostatitis e hiperplasia benigna. *Rev. Biomed.* 18 (3) pp. 47-59.
- Berbel O., Ferrís J., García J., Ortega J. A. (2011). Factores de riesgo constitucionales en el cáncer de próstata. *Actas urológicas españolas.* 35 (5) pp. 282—288.
- Brenny T., De Oliveira F. C., Kulysz D., Pilati R., Richter P. K., Romero R. F., Romero S. (2008). Reasons why patients reject digital rectal examination when screening for prostate cancer. *Arch. Esp. Urol.* 61 (6) pp. 759-765.
- Cabrera G. A., Lucumí D. I. (2003). Creencias sobre examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata: Hallazgos cualitativos de un estudio en Cali. *Colomb. Med.* 34 pp. 111-118.

Cáncer de Próstata (S.F.). Recuperado el 10 de octubre del 2019 de <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-próstata>.

Caro I., Jiménez M. E. (2014). Biomarcadores en el cáncer de próstata. Implicación en la práctica clínica. Rev. Mex. Urol. 74 (4) pp. 226-233.

Cordoba D. I., Sapien J. S., Corhcado A., Flores V. E., Hernández A. I., Horta P., Casañas J. (2018). Tacto rectal: Significados de la revisión prostática para el diagnóstico de cáncer de próstata. Revista electrónica de psicología Iztacala. 21 (2) pp. 772-795.

De la Vara E., Escamilla C., Lazcano E., Rojas R., Torres L. E. (2014). Tendencias en la mortalidad por cáncer en México de 1980 a 2011. Salud Publica Mex. 56 pp. 473-491.

Durán M., Martínez B., Molina R., Sánchez M. (2013). Actualización en cáncer de próstata. Rev. Fac. Med. 11 (26) pp. 1578-87.

Fajardo A., Jaimes G. (2016). Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años. Rev. Fac. Med. 64 (2) pp. 223-8.

Fernández H., Monsalve M., Quiceno J. M., Sierra F., Vinaccia S. (2007). Diseño de un cuestionario psicométrico para evaluar creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna. Suma Psicológica 14(1) pp. 73-91.

Fullá O. J., Ramos G. C. (2013). Detección precoz de cáncer de próstata. Rev. Med. Clin. Condes. 24 (4) pp. 654-659.

Grisales A., Muñoz M. N., Ospina J. J., Rodríguez J. D., Sossa L. A. (2011). Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años, Santa Rosa de Cabal. *Revista hacia la promoción de la salud*. 16 (2) pp. 147-161.

Hernández J., Huazano F., Martínez V., Roiz A., Velasco V. M. (2003). Muestreo y tamaño de muestra: Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación. 1 pp. 44-48

Hernández O. F., Paredes C. A., Sánchez I. R., Sánchez L.C. (2013). El antígeno prostático específico. Su papel en el diagnóstico del cáncer de próstata. *Rev. Med. Instituto Mexicano del Seguro Social* 51 (2) pp. 124-6.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2010). Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata en el segundo y tercer nivel de atención. Guía de evidencias y recomendaciones, México.

Las barreras culturales en los servicios de salud. Su papel en el acceso de la población usuaria a los servicios de salud (S.F.) Recuperado el 10 de octubre del 2019 de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/barreras_culturales.pdf.

López C. J., Soto A., Candia M. del C., Arriaga J., Camacho Alma., García R. A. (2013). Valor clínico del tacto rectal y antígeno prostático específico en la detección oportuna del cáncer de próstata en Hermosillo, Sonora. *Rev. Mex. Urol.* 73 (6) pp. 299-306.

Maldonado X., Morales R., Morote J. (2016). Cáncer de próstata. *Med. Clin. Barc.* 146 (3) pp. 121–127.

Pereira de Paiva E., Salvador da Motta M. C., Harter G. R. (2011). Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. Rev. Latino A. M. Enfermagem. 19 (1).

Sánchez J. J. (2013). Tendencias de mortalidad y años potenciales de vida perdidos por cáncer de próstata en los 32 estados y en las siete regiones socioeconómicas de México en el periodo 2000-2010. Gaceta Médica de México. 149 pp. 576-85.

Trilla E., Morote J., (2006). Cáncer de próstata: nuevas técnicas diagnósticas. Estado actual de la biopsia de próstata. Arch. Esp. Urol. 59 (10) pp. 945-952.

Villegas O. A., Villegas J., Villegas V. (2010). Examen perineoanorrectal y tacto rectal. Archivos de Medicina Colombia. 10 (1) pp. 63-71.

XI. ANEXOS

XI.1 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

XI.2 INSTRUMENTO.



DELEGACIÓN QUERÉTARO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 16

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
PROYECTO DE INVESTIGACION

Estoy realizando un estudio para conocer el conocimiento y las actitudes de los hombres mayores de 50 años, sobre el tacto rectal, como método de diagnóstico para cáncer de próstata.

Es una encuesta en la que usted participa voluntariamente por lo que le agradecemos encarecidamente que sea absolutamente sincero en sus respuestas. Antes de responder el cuestionario le pedimos que nos proporcione los siguientes datos.

“Conocimientos y actitudes de los hombres mayores de 50 años sobre el tacto rectal, como método diagnóstico para cáncer de próstata”

Fecha: _____

Folio: _____

1. Edad	2. Escolaridad	3. Ocupación	5. Religión
____ años	(1) Analfabeta (2) Sabe leer y escribir (3) Primaria (4) Secundaria (5) Preparatoria (6) Técnico (7) Licenciatura (8) Otra	(1) Labora actualmente (2) Desempleado (3) Jubilado	(1) Ninguna (2) Católica (3) Cristiana (4) Testigo de Jehova (5) Presviteriana (6) Adventista (7) Ortodoxa (8) Judaísmo (9) Mormona (10) Judía

Cuestionario para evaluar las creencias, actitudes y conocimientos acerca de la hiperplasia prostática benigna (Sierra & Monsalve, 2004)

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones acerca de la próstata y el tacto rectal. Por favor indica con una "X" que tan de acuerdo o que tan desacuerdo estás con cada afirmación.

Marca sólo una casilla para cada pregunta, si marcas más de una no podré contar las respuestas. Si es difícil elegir solo una respuesta, piensa en cuál es tu opinión la mayor parte del tiempo.

	Totalmente Desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso ó Dudoso	Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Pienso que el examen del tacto rectal despierta las tendencias homosexuales.					
2. Si me enfermo de la próstata hay deterioro en mi función sexual.					
3. Si voy a consultar por problemas de próstata pierdo masculinidad.					
4. Pienso que no me enfermaré de la próstata.					
5. No me hago el examen del tacto rectal por falta de información clara por parte del médico.					
6. Creo que el tacto rectal es como una violación.					
7. Creo que si tengo problemas de próstata no puedo tener relaciones sexuales.					
8. Prefiero que el examen del tacto rectal me lo haga una mujer.					
9. No me hago el examen del tacto rectal porque creo que no me conviene.					

10. Mi respuesta sexual no depende del estado de salud de mi próstata.					
11. Me hago el examen del tacto rectal sólo cuando me lo recomienda el médico.					
12. No me hago el examen del tacto rectal por iniciativa propia					
13. Creo que si tengo dificultades al orinar necesito revisión médica de mi próstata					
14. La próstata regula mi capacidad eréctil					
15. Si me realizo una cirugía de próstata pierdo la potencia sexual.					
16. Si tengo problemas de próstata me siento disminuido					
17. Creo que algunos alimentos evitan el crecimiento de la próstata.					
18. Aun soy virgen porque no me han hecho el examen del tacto rectal.					
19. Ser prostático para mí significa dejar de funcionar sexualmente.					
20. Me da pena decir que tengo problemas de próstata.					
21. El examen del tacto rectal es molesto, pero no es nada del otro mundo.					
22. Creo que hay una relación directa entre próstata y sexualidad.					
23. No me gusta hablar acerca del examen del tacto rectal con nadie.					

24. Creo que si tuviera problemas de próstata me volvería de mal genio.					
25. Me da miedo o fastidio el examen del tacto rectal porque me introducen el dedo por el ano.					
26. Mis relaciones sexuales se limitan a la penetración genital.					
27. Pienso que si me hago el examen del tacto rectal dejo de ser hombre					
28. No estoy acostumbrado a desnudarme para que me hagan un tacto rectal.					
29. La cirugía de próstata afecta mi respuesta sexual.					
30. La cirugía de próstata afecta mi autoestima.					
31. Me da pena que sea otro hombre el que me haga el examen del tacto rectal.					
32. Creo que si tengo problemas de próstata me puede producir dolor en el momento de tener una erección.					
33. Creo que si sufro de la próstata tendré dificultades psicológicas.					
34. Disminuirá mi respuesta sexual si me doy cuenta que tengo problemas de próstata.					
35. Pienso que si tengo problemas de próstata me volveré caprichoso.					
36. No consulto al médico por problemas de próstata por temor a descubrir que tengo cáncer.					

37. Si tengo mucha actividad sexual puedo sufrir de problemas de próstata.					
38. No voy al médico a consultar sobre mi próstata por miedo a que me diga que tengo una enfermedad.					
39. Pienso que por ser hombre no me enfermo.					
40. La próstata tiene que ver con mi erección.					
41. No me atrevo a reconocer que tengo problemas de próstata.					
42. Creo que si tengo problemas de la próstata se me dificultará tener relaciones sexuales.					
43. A mí no me da nada, soy un superhombre.					
44. Creo que cuando hay problemas de próstata hay manifestación de dolor.					
45. La próstata influye en mi capacidad eréctil.					
46. Después del examen del tacto rectal no me siento violado.					
47. Después de un examen de tacto rectal no siento deseos sexuales.					
48. Me da temor que las mujeres se den cuenta que tengo problemas de próstata y ya no me miren.					
49. Considero que el examen del tacto rectal es para homosexuales.					
50. Considero que el examen del tacto rectal es para hombres mayores de 60 años.					

51. Me haría el examen del tacto rectal sólo en casos extremos.					
52. Creo que si tuviera un problema de próstata perdería el interés sexual.					
53. No me haría el examen del tacto rectal sólo por gusto.					
54. Considero que el médico que realiza el examen del tacto rectal tiene aberraciones sexuales.					
55. Sólo me haré el examen del tacto rectal cuando tenga problemas para orinar.					
56. Si estoy enfermo de la próstata me siento humillado.					
57. Si no tengo un chorro continuo al orinar es porque tengo problemas de próstata.					
58. Después de un examen de tacto rectal no siento deseos sexuales.					
59. No me realizo el examen del tacto rectal porque no tengo ningún síntoma.					
60. Pienso que hay otros exámenes para examinar la próstata mejores que el del tacto rectal.					
61. Creo que la ropa interior que uso tiene que ver mucho con el problema de próstata.					
62. Pienso que si monto mucho en motocicleta me generará problemas de próstata.					
63. No me haría el examen del tacto rectal más de una vez.					

64. Sabré que tengo problemas de próstata en el momento en que me enferme					
65. No me gusta hablar acerca de la próstata.					
66. Si llevo una vida sana evito los problemas de próstata.					
67. Pienso que el tema de los problemas de próstata es un tabú.					
68. Pienso que si tengo mucha actividad sexual se puede afectar mi próstata.					
69. Me da más pena hacerme el examen del tacto rectal con una mujer que con un hombre.					
70. Creo que la próstata hace parte de los órganos genitales.					
71. Creo que la información acerca de la próstata debe ir por parejo a ambos sexos .					
72. Creo que la próstata es una glándula que produce semen.					
73. Pienso que la próstata es una glándula que produce hormonas.					
74. Creo que cuando hay problemas de próstata no hay síntomas.					
75. Cuando hay problemas de próstata hay dificultad para orinar.					
76. Pienso que el problema de la próstata es algo genético.					
77. Creo que cuando hay problemas de próstata hay manifestación de dolor.					

78. Pienso que la próstata es una glándula que se encuentra debajo del recto.					
79. Pienso que si tengo problemas de próstata se afecta mi función sexual.					
80. Nunca he pensado hacerme el examen del tacto rectal.					
81. Pienso que la próstata es una glándula que hace parte del sistema urinario.					
82. Pienso que el examen del tacto rectal lo puede hacer cualquier médico.					
83. Si siento que orino seguido es porque hay problemas de próstata					
84. Creo que tengo problemas de próstata cuando orino a gotas.					
85. Ser prostático para mí significa perder potencia sexual.					

XI.3 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS HOMBRES MAYORES DE 50 AÑOS, SOBRE EL TACTO RECTAL, COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO PARA CÁNCER DE PRÓSTATA
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF. 16. Delegación, Querétaro, Julio 2019
Justificación y objetivo del estudio:	<p>En diversas investigaciones realizadas en el mundo se han identificado factores que pueden estar relacionados con la no realización del examen tales como: miedo al cáncer, vergüenza, incomodidad, dolor, bajo nivel educativo, desinformación del examen, desconfianza hacia los profesionales médicos e inquietud de que el tacto rectal pueda afectar la masculinidad.</p> <p>Por tal motivo el objetivo es determinar si la población masculina mayor de 50 años que acude a la consulta de medicina familiar en la UMF NUM. 16 cuenta con factores asociados para rechazar el cribado de prevención y detección de cáncer de próstata.</p>
Procedimientos:	<p>Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitará permiso mediante oficio firmado por la Directora de Tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada.</p> <p>Se acudirá en horario matutino y vespertino a la Unidad de Medicina Familiar No. 16 de la Delegación 23 de Querétaro, se seleccionarán a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y se les invitará a participar en el protocolo de investigación, haciendo una reseña breve del objetivo y de los beneficios que adquirirán de decidir participar en el mismo.</p>
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Recibir información sobre el diagnóstico oportuno de cáncer de Próstata
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica
Participación o retiro:	El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial.
En caso de colección de material biológico (no aplica):	
<input type="checkbox"/>	autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	<p>Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Avalos Especialista en Medicina Familiar Unidad de adscripción: UMF 16 Matrícula: 99175412 Director de tesis Celular: 99175412 Correo electrónico: manuel.herreraav@imss.gob.mx</p>
<p>Dra. Ana Marcela Ibarra Yañez. Especialista en Medicina Familiar Unidad de adscripción: UMF 16 Matrícula: 7704696 Directora clínica de tesis Celular: 4151137735 Correo electrónico: marcela.ibarray@gmail.com</p>	
Colaboradores:	<p>Med. Gral. Cristian Nicolás Félix Luna Residente en Medicina Familiar Unidad de adscripción: UMF 16 Matrícula: 99237713 Celular: 7712346365 Correo electrónico: drwagner_nfl@hotmail.com</p>
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p>	
Nombre y firma del entrevistado	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
Clave: 2810-009-013	