



**BUAP**

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Medicina

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Medicina Familiar No. 6

**“CONOCIMIENTO, CREENCIA Y ACTITUDES EN EL RECHAZO  
DE TAMIZAJE DE PATOLOGIA PROSTATICA EN LA  
CONSULTA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**

No de Registro SIRELCIS: R-2018-2104-004

Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dr. Jorge Luna Galeana

Directores de Tesis:

Dra. Akihiki Mizuki González López

Dr. Eduardo Vázquez Cruz

Dr. Javier Sotomayor Tapia



H. Puebla de Z. Febrero 2020

## INDICE

1	Resumen.....	3
2	Introducción.....	4
3	Marco Teórico.....	6
3.1	Antecedentes generales.....	6
3.2	Antecedentes específicos.....	14
4	Justificación.....	18
5	Planteamiento del problema.....	19
6	Objetivo.....	20
6.1	Objetivo general.....	20
6.2	Objetivos específicos.....	20
7	Hipótesis de trabajo.....	21
7.1	Hipótesis nula.....	21
7.2	Hipótesis alterna.....	21
8	Material y métodos.....	22
8.1	Diseño del estudio.....	22
8.2	Muestreo.....	22
8.3	Selección de la muestra.....	22
8.3.1	Criterios de selección de las unidades de muestreo.....	22
8.3.1.1	Criterios de inclusión.....	22
8.3.1.2	Criterios de exclusión.....	22
8.3.1.3	Criterios de eliminación.....	23
8.4	Diseño y tipo de muestreo.....	23
8.5	Tamaño de la muestra.....	23
8.6	Definición de las variables y escalas de medición.....	23
8.6.1	Definición operacional.....	23
8.7	Variables y estilo de medición.....	26
8.8	Método de recolección de los datos.....	27
8.9	Análisis de datos.....	28
9	Aspectos éticos.....	29
10	Resultados.....	31
11	Discusión.....	41
12	Conclusión.....	43
13	Propuestas.....	44
14	Referencias bibliográficas.....	45
15	Anexos.....	48

## 1. RESUMEN.

“CONOCIMIENTO, CREENCIA Y ACTITUDES EN EL RECHAZO DE TAMIZAJE DE PATOLOGIA PROSTATICA EN LA CONSULTA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”  
Dr. Luna Galeana Jorge<sup>1</sup>, Dra. González López Akihiki Mizuki<sup>2</sup>, Dr. Vázquez Cruz Eduardo<sup>3</sup>,  
Dr. Sotomayor Tapia Javier<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente Medicina Familiar.

<sup>2</sup>Maestra en ciencias.

<sup>3</sup>Maestro en ciencias.

<sup>4</sup>Medico Familiar.

**Antecedentes:** En México el cáncer de próstata es la primera causa de muerte por cáncer en hombres mayores de 50 años de edad. Compartiendo su cuadro clínico con la hiperplasia prostática benigna, siendo estos la presencia de síntomas del tracto urinario inferior, los cuales son del tipo irritativo y obstructivo; observando que la realización de pruebas de tamizaje como el tacto rectal o la medición de antígeno prostático específico se puede dar un diagnóstico 5 a 10 años antes de la aparición de la sintomatología.

**Objetivo:** Identificar el conocimiento, creencia y actitudes en el rechazo de tamizaje de patología prostática en la consulta del primer nivel de atención.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Muestra de 358 hombres entre 45 a 59 años de edad, que acudieron a consulta externa del primer nivel de atención; se excluyeron quienes tuvieron diagnóstico de cáncer de próstata/hiperplasia prostática benigna o se hubieran realizado una prueba de tamizaje. Se realizó encuesta midiendo variables sociodemográficas (edad, ocupación, estado civil, religión, nivel socioeconómico, escolaridad), conocimiento, creencia sexual, actitud ante el examen y actitud ante la enfermedad, valoradas con cuestionario CHPB y encuesta de Arbelaez-Montealegre. Se analizaron los resultados, el tratamiento estadístico, aplicando medidas de tendencia central y dispersión, con el programa SPSS v25.

**Resultados:** Se obtuvo una edad media de  $53.81 \pm 4.62$ ; con una educación de bachiller en 41.62% y 61.45% en nivel socioeconómico medio bajo, donde la muestra que presento educación licenciatura, nivel socioeconómico medio alto y alto, tuvieron 100% de adecuado conocimiento. La principal ocupación en 46.09% es la de empleado, 47.21% está en unión libre y 68.72% es católico. Para el caso de un adecuado conocimiento el 96.63% lo presento, y el 50.84% cree que existe afectación sexual. En relación a la actitud ante el examen médico y ante la enfermedad es inadecuada en un 83.52% y 51.40% respectivamente.

**Conclusión:** La población estudiada tiene un adecuado conocimiento sobre las pruebas de tamizaje de patología prostática, a pesar de esto hasta 8 de cada 10 pacientes tienen una inadecuada actitud ante la realización del tacto rectal; así como en la mitad de la muestra se encuentra una inadecuada actitud ante la presencia de la enfermedad prostática y la creencia de que si existe afectación sexual al presentarse la misma. Por último, se observó a mayor nivel educativo y socioeconómico, mejor fue el porcentaje en adecuado conocimiento.

## 2. INTRODUCCIÓN

La Hiperplasia Prostática Benigna y el Cáncer de Próstata son patologías que tienen un gran impacto en la población masculina a nivel mundial, nacional, estatal e inclusive local, iniciando a partir de los 40 años y aumentando su incidencia al aumentar la edad; por lo cual es considerada la segunda causa de motivo de consulta urológica en el caso de la hiperplasia; y siendo el cáncer el segundo más frecuente en prevalencia, así como la quinta causa de muerte a nivel mundial, pero en México llegando a ser la primera causa de muerte de cáncer en hombres mayores de 50 años.

Anatómicamente la glándula prostática se encuentra en la pelvis, presentando una zona periférica que es la de mayor tamaño, una zona central y entre ellas una zona de transición que es de mucho menor tamaño en comparación con las anteriores, siendo en la zona periférica donde se originan el cáncer en 3 de cada 4 casos, y en la zona de transición donde se originan la hiperplasia, como también puede estar la prostatitis.

Tomando en cuenta que la próstata se encuentra influenciada por el estímulo androgénico ejercido por la DHT, esta presenta un crecimiento, iniciado desde la pubertad, pero viéndose alterado por una alteración en el equilibrio hormonal y los factores que actúan sobre la zona de transición. Considerándose factores de riesgo para alteraciones en la próstata: Los antecedentes heredofamiliares de cáncer de próstata, mama, ovarios y cervicales; también la raza negra, junto con una dieta occidental que es alta en isoflavones.

En cuanto a la sintomatología el Cáncer de Próstata y la Hiperplasia Prostática Benigna con mucha frecuencia coexisten, causando síntomas del tracto urinario inferior, siendo los de mayor importancia: disminución en la fuerza y calibre del chorro urinario, retardo al iniciar la micción, chorro miccional entrecortado, goteo postmiccional, polaquiuria nocturna, urgencia miccional y por último la retención aguda de orina.

El diagnóstico de la patología prostática se basa en la realización de múltiples herramientas, como la realización del cuestionario de valoración sintomatológica y calidad de vida IPSS; el tacto rectal que es el procedimiento inicial de elección para evaluación de los pacientes, permitiendo un abordaje directo a la glándula; el ultrasonido se debe realizar para valoración de volumen urinario residual, que nos ayuda a predecir los beneficios de un tratamiento quirúrgico; también se recomienda determinar los valores de APE (valor normal 0.0 a 4.0 ng/ml), ya que los valores elevados se relacionan con cáncer de próstata. Debemos tomar en cuenta que el diagnóstico definitivo de hiperplasia y cáncer de la próstata lo da el estudio histopatológico, posterior a una biopsia.

En el tratamiento el objetivo principal es mejorar la sintomatología y la calidad de vida, así como también disminuir la progresión de la enfermedad junto a la aparición de complicaciones. En inicio se realizan cambios en el estilo de vida; de los medicamentos tenemos varios grupos como: bloqueantes selectivos alfa 1

adrenérgicos, inhibidores de la 5-alfareductasa y Serenoa rapens; en el caso del tratamiento quirúrgico, está indicado cuando hay fracaso al tratamiento médico, tomando en cuenta en el caso de cáncer, que la prostatectomía radical es el tratamiento estándar para menores de 65 años; así como podemos utilizar hormonoterapia y radioterapia.

Para la realización de este estudio se utilizó el “Cuestionario CHBP”, que consta de 11 preguntas, el cual midió creencia sexual, actitud ante el examen médico y actitud ante la enfermedad; para el caso del conocimiento nos basamos en 2 preguntas de un cuestionario realizado por Arbeláez-Montealegre; conjuntándolos haciendo un total de 13 preguntas; siendo así evaluados las variables mencionadas junto a las sociodemográficas en los pacientes que no se han realizado pruebas de tamizaje de patología prostática.

### **3. MARCO TEÓRICO.**

#### **3.1. ANTECEDENTES GENERALES.**

La Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) se define como el crecimiento adenomatoso de la glándula prostática que puede obstruir el flujo urinario y provocar dificultad para la micción; siendo una enfermedad muy prevalente y constituye el segundo motivo de consulta urológica en atención primaria (1). El Instituto Mexicano del Seguro Social reporto que en el año 2005, se otorgaron 63,874 consultas a nivel nacional por HPB: 1235 en el grupo de edad hasta 44 años, 12393 en el grupo de 45 a 59 años y 60.246 en el grupo de 60 años o más (2).

La HPB es un diagnóstico histológico que consiste en una proliferación del músculo liso y las células epiteliales de la zona de transición de la próstata (3). El cáncer de próstata (CaP) es un tumor que nace del epitelio acinar o ductal de la glándula y puede variar considerablemente en su diferenciación glandular, anaplasia, y comportamiento; además tiene la capacidad de invadir otros órganos (4).

La glándula prostática es el órgano genitourinario masculino aquejado con más frecuencia por una patología, ya sea benigna o maligna; se encuentra situada en la pelvis, separada en su porción anterior de la sínfisis del pubis por el espacio de Retzius; en su parte posterior, está separada del recto por la fascia del Denonvilliers; la base de la próstata se encuentra en continuidad con el cuello de la vejiga y su vértice descansa sobre la superficie superior del diafragma urogenital; lateralmente la próstata se relaciona con el músculo elevador del ano. La vascularización arterial le llega a partir de ramas de la arteria ilíaca interna, el drenaje venoso se realiza a las venas ilíacas internas uniéndose al del plexo venoso anterior, procedente de la vena profunda del pene y a las ramas vesicales inferiores. Esta inervada por los nervios del plexo venoso pélvico. Se relaciona íntimamente con las cintas neurovasculares, responsables de la erección, que transcurren adyacentes y laterales a la próstata (5).

McNeal ha descrito una anatomía funcional por zonas de la próstata, para explicar las diferentes patologías prostáticas en la edad adulta. Se distinguen tres zonas diferentes; la zona periférica que corresponde al 70% del volumen de la próstata adulta del joven, la zona central que abarca el 25% y la zona de transición que corresponde al 5%. Para McNeal la zona central y la periférica son la próstata verdadera, donde se originan el 75% de los tumores de próstata; y en la zona de transición es donde se origina la HPB y la prostatitis en los adultos mayores, ya que son adenomitis o infecciones de la zona transicional (5).

La HPB en el hombre se inicia a partir de los 40 años, en estudios realizados mediante autopsia, la prevalencia es del 20% en la década de los 40 años, de 50-60% en la década de los 60 años y de 80-90% en las décadas de los 70 a 80 años (3). En el 2012 la incidencia de CaP reporta a nivel mundial fue de millones de casos con una mortalidad de 307,000 casos. Para 2013, la incidencia aumento a 1.4 millones de nuevos casos y 293,000 muertes. Es el segundo tumor más frecuente después del

cáncer de pulmón y la quinta causa de muerte en hombres a nivel mundial (6). En Europa la incidencia del CaP ha aumentado desde la década de los 90 donde era el 7% anual; hasta el 2012 donde es el cáncer más diagnosticado, con más de 400,000 casos nuevos (7). Siendo en Europa el cáncer más frecuente en mayores de 70 años, representando el 12% de los cánceres de nuevo diagnóstico. Se estima que los costos económicos totales del CaP en Europa superan los 8.430 millones de euros (8). En México en el 2013, los tumores malignos, ocuparon el tercer lugar como causa de muerte en hombres (10.5%) y de estos el más frecuente fue el CaP (16.3%) (6). En el 2015, en México el CaP se volvió el primer lugar como causa de muerte de cáncer en hombres mayores de 50 años (9); observando que 8 de cada 1000 hombres con cáncer mayores de 20 años, presentan neoplasia prostática (10). La probabilidad de presentar CaP es de 1/15 entre el nacimiento y los 79 años de edad (6).

La próstata se encuentra bajo la influencia del estímulo androgénico que ejerce la dihidrotestosterona (DHT), metabolito derivado de la testosterona por la acción de la enzima 5-alfareductasa (11). Por este estímulo androgénico, la próstata presenta un crecimiento; iniciando su primera fase en la pubertad hasta los 30 años, donde llega al tamaño de 15 a 25 g (1); su segunda fase la inicia a partir de los 40 a 50 años, llegando a 35 a 45 g a los 60 años de edad (1,3). El crecimiento prostático en exceso esta por alteraciones en el equilibrio hormonal y de los factores de crecimiento que actúan sobre las zonas de transición, con la consiguiente hiperplasia glandular (11). Algunos autores consideran que la causa básica de la HPB se debe a la colonización y luego la destrucción de *Escherichia coli* en la zona de transición de la glándula prostática; donde la enzima fosfolipasa D (FLD) se une inicialmente a la membrana de *E. coli*, pero la destrucción de la misma da como resultado la liberación y absorción en la glándula prostática de la FLD (12). La hiperplasia del epitelio y el estroma prostáticos determinan un aumento de tamaño de la glándula con incremento en la resistencia al flujo urinario y en consecuencia una respuesta del musculo detrusor. Este proceso puede provocar síntomas conocidos como “prostatismo”, que pueden deberse a los efectos directos de la obstrucción (síntomas obstructivos) o a los cambios en el funcionamiento vesical secundarios a la obstrucción crónica y a la distensión vesical (síntomas irritativos) (11).

En general, el grado de HPB que desarrolla cualquier varón, se debe principalmente por: 1) Nivel de testosterona en suero y de dihidrotestosterona. 2) El número de receptores para *E. coli* que posee, esto parcialmente determinado genéticamente. Este es el principal y con mucho el factor más común que influye en la incidencia y el grado de gravedad de la HPB. 3) El número de veces que eyacula sexualmente después de la edad aproximadamente 40 años (12).

Los factores de riesgo más importantes para desarrollar HPB incluyen la edad y la presencia de testículos funcionantes; los antecedentes heredofamiliares y la dieta occidental también se consideran factores predisponentes (11). Así mismo en el CaP también el aumento de la edad, como el grupo étnico (raza negra) y la herencia son los factores conocidos; ya que la edad mayor de 50 años aumenta la probabilidad, los hombres de raza negra tienen más del doble de posibilidades de fallecer debido al CaP (13); los antecedentes de Cáncer de próstata, mama, ovarios y cervicales en familiares

de primer grado aumenta de 2 a 3 veces el riesgo, y de 5 veces en caso de tener 2 familiares o más (9); se ha identificado un locus causante en el cromosoma tq24-25, existiendo asociación con el gen BRCA-1 para el cáncer de mama, sobre todo en familias con tres o más varones afectados de CaP (7); En relación a la dieta, se ha observado que el paciente de Asia Oriental tiene una incidencia de CaP, menor que en los países occidentales; y se ha relacionado a que la dieta tradicional asiática, es alta en isoflavones, además del uso del té verde (14).

Debido a su compleja patogenia, historia natural poco definida, los síntomas de la HPB se producirán por la obstrucción al flujo urinario y/o por el efecto irritativo que supone la alteración del tono de la musculatura lisa de la próstata, que actualmente se llaman Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI) (1). Los síntomas obstructivos consisten en la disminución en la fuerza y el calibre del chorro de orina producida por la presión del adenoma a la uretra; además un retardo al comenzar la micción, ya que el detrusor necesita hacer más fuerza para vencer la presión uretral; es típico, un chorro miccional entrecortado e intermitente, ya que el detrusor es incapaz de mantener la contracción suficiente para terminar la micción, por esta misma causa, hay vaciados incompletos de la vejiga que provocan goteo postmiccional; además se produce in síndrome irritativo miccional consistente en polaquiuria nocturna y urgencia miccional. La retención aguda de orina se produce por la incapacidad de la vejiga de vaciarse; en ocasiones, la gran cantidad de orina acumulada en la vejiga debilita el esfínter, abriéndose y permitiendo la salida de pequeñas cantidades de orina, que se le denomina "micción por rebosamiento" (5). En general, los síntomas observados en la HPB temprana, son la nicturia, y el chorro miccional entrecortado e intermitente; pero cuando los pacientes presentan urgencia urinaria o incontinencia, ya estamos hablando de una HPB avanzada (15). Por lo tanto, la gravedad de la HPB clínica, puede clasificarse de acuerdo con si existe una obstrucción significativa, de la siguiente manera:

Etapa I: Los pacientes no tiene obstrucción significativa y no síntomas. Puede ser observado y aconsejado.

Etapa II: Los pacientes no tiene obstrucción significativa, pero si síntomas. Pueden ser tratados sintomáticamente con medicamentos como bloqueadores.

Etapa III: Los pacientes tienen obstrucción significativa independientemente de los síntomas. Necesitará un tratamiento más agresivo como los inhibidores de la 5 alfa reductasa y ofrecer la opción de intervención quirúrgica.

Etapa IV: Los pacientes tienen complicaciones de HPB como retención aguda o crónica de orina, cálculos en vejiga, sangrado recurrente o infección del tracto urinario recurrente. Generalmente necesitaran intervención quirúrgica (16).

Alrededor del 70% de los CaP se produce en la zona periférica, de estos, el crecimiento del cáncer se asocia con la depresión o invasión de la uretra proximal, cuello de la vejiga o a nivel neurovascular, que puede inducir disuria; sin embargo, la sintomatología del CaP con frecuencia coexiste con la HPB, que causa Síntomas del



Tracto Urinario Inferior (STUI) (17). El 50% de los pacientes tiene una función eréctil normal y completa (18).

Los médicos familiares suelen ser los primeros profesionales a los que los pacientes consultan por síntomas y signos sugestivos de HPB (15). Por lo que la secuencia diagnóstica, en el estudio del enfermo con HPB, va encaminada a la prevención de las complicaciones asociadas, como la infección o la retención aguda de orina, a la planificación del tratamiento y, por lo tanto, a la protección de la función renal (5). El cuestionario de valoración sintomatológica y calidad de vida (Puntaje Internacional de Síntomas de la Próstata, IPSS), clasifica la sintomatología del paciente en leve con una puntuación inferior a 8, moderada si es de 8 a 19 o severa con 20 a 35 puntos; esto con fines de orientación diagnóstica, terapéutica y de seguimiento, mediante un cuestionario auto administrado de 7 preguntas; además, una octava pregunta clarifica como la presencia de estos síntomas afecta a la calidad de vida del paciente, siendo esta última tenida más en cuenta a la hora de definir e manejo terapéutico (19, 20). El tacto rectal (TR) es el procedimiento inicial de elección para la evaluación de los pacientes (21), por ser la única maniobra exploratoria que permite el abordaje directo de la glándula prostática; el TR con un grado de recomendación B, evalúa: A) El tamaño, la próstata normal de un adulto joven tiene el tamaño de una nuez, 2cm x 1.5 cm x 2 cm, y un volumen de aproximadamente 20 cc, la hiperplasia de grado I corresponde a una próstata de 25 a 50cc, la de grado II a un volumen de 50 a 100cc y la de grado III a una próstata mayor de 100cc; B) Consistencia, la próstata normal tiene una consistencia similar a la punta de la nariz; C) Superficie, debe ser lisa y homogénea; D) Límites, que deben ser precisos y regulares; E) Sensibilidad, la próstata no debería doler si el TR es suave; F) Movilidad, la glándula prostática debe palparse como un órgano móvil (11). Cuando se realiza un TR, antes de obtener conclusiones, el examinador debería ser capaz de palpar por completo la parte posterior de la superficie prostática; sin embargo, en la práctica clínica esto no siempre es posible; un estudio examinó, mediante colonoscopia, la adecuada palpación prostática de un TR, y concluyó que la posición del paciente y la obesidad eran factores que afectaban la correcta realización del tacto (20). La ecografía es útil para ayudar a determinar el grosor de la pared de la vejiga, tamaño y forma de la próstata, grado de hidronefrosis y orina residual, pero generalmente no es como uso inicial de los pacientes con o sin complicaciones, principalmente en la práctica de la medicina familiar (15).

La Guía de Práctica Clínica en México, hace mención que el diagnóstico de la HPB debe ser en inicio en forma clínica siendo sospechada en los pacientes con STUI, debiendo realizar una historia clínica dirigida y un examen físico que incluya: b) exploración del abdomen para detectar una vejiga palpable; b) tacto rectal para determinar las características de la próstata. Posteriormente se debe realizar un ultrasonido vesical y prostático con medición de orina residual, para ayudar a determinar el tamaño prostático y el volumen urinario residual, lo que también nos ayuda a predecir los beneficios de un tratamiento médico o guiar al manejo quirúrgico; en el caso de la próstata, el ultrasonido abdominal o transrectal, es más preciso que la evaluación realizada mediante un examen rectal. Se recomienda además determinar

valores de APE a todos los pacientes evaluados por HPB, ya que los valores elevados se relacionan fuertemente con la probabilidad de tener cáncer de próstata (2).

El diagnóstico del CaP se obtiene por medio de biopsia prostática en pacientes detectados por anomalías en el antígeno prostático o tacto rectal.(9) El TR para el diagnóstico del CaP tiene una sensibilidad del 21% y especificidad del 86%, debido a que en muchos casos fue imposible palpar por completo la superficie posterior de la glándula, y que el TR infra estimaba el tamaño prostático, particularmente cuando el volumen glandular es > 30ml; la baja sensibilidad del TR puede explicarse porque su capacidad de detección en una neoplasia prostática anterior es más baja que en la región periférica y porque la variabilidad interobservador es elevada. La mayor parte de los cánceres detectados mediante TR presentaban características de enfermedad curable (20).

El uso de antígeno prostático específico (APE) como marcador sérico ha revolucionado el diagnóstico de CaP, y ha dado lugar a cambios que incluyen a un aumento en el número de biopsias de próstatas realizadas (22). El APE es una sustancia proteica descubierta en 1971 por el científico japonés Wang y sus colaboradores, que tiene como función, disolver el coágulo seminal; actuando como marcador inmunológico órgano específico localizado en las células acinares y epitelio ductal del tejido prostático normal o maligno, considerado una proteína de síntesis exclusiva de la próstata. La determinación de los niveles del APE en sangre han contribuido al diagnóstico precoz de las alteraciones de la próstata (23). En la era actual del APE el diagnóstico de CaP se realiza 5 a 10 años antes de que aparezcan los síntomas (9). El APE es más abundante en el semen, encontrándose también una pequeña proporción en sangre a niveles normalmente bajos, definidos en el rango de 0.0 a 4.0 ng/ml; el nivel APE sérico es la prueba más sensible para detectar precozmente el CaP, ya que se eleva en el 65% de los casos (23).

La biopsia de próstata es el estándar actual para el diagnóstico del CaP. Hay 2 criterios principales para que un paciente sea considerado candidato de una biopsia y son un TR sospechoso y un APE mayor de 4ng/ml, obtenido bajo condiciones ideales y confirmado con 2 medidas separadas con un mínimo de 3 semanas (9). Para valores séricos de APE entre 4 y 10 ng/ml, se recomienda se realicen determinaciones de la fracción libre de APE, la cual, si es menor del 20%, se asocia con mayor riesgo de CaP (24). La biopsia se realiza por ecografía transrectal y bajo sedación (9). El 90% de los CaP se diagnostican en estadio localizado, el 6% en localmente avanzado y el 4% en diseminado (25).

Los objetivos del tratamiento del hombre con STUI e HPB son en primer lugar mejorar la sintomatología y la calidad de vida y en segundo lugar disminuir el riesgo de progresión de la enfermedad y de aparición de complicaciones. La modificación de los estilos de vida y algunos consejos simples están indicados en todos los pacientes; recomendar una ingesta adecuada de líquidos (1.5 a 2 L), restringiéndola 2 horas antes de irse a dormir (mejorar la nicturia). Limitar el consumo de bebidas con cafeína, carbohidratos o alcohólicas. El tratamiento médico se basa en los tres grupos de drogas más utilizados: 1.- Bloqueantes selectivos alfa 1 adrenérgicos. Relajan el

musculo liso del cuello y de la próstata, lo que reduce la resistencia uretral, mejora el vaciado vesical y disminuye los síntomas de prostatismo; lo convierte en el tratamiento de elección; los fármacos de este grupo incluyen la terazosina, doxazosina, alfuzosina y la tamsulosina. 2.-Inhibidores de la 5-alfa reductasa. La finasterida y la dutasterida bloquean la conversión de testosterona a su forma activa, la dihidrotestosterona, mediante la inhibición de la enzima 5-alfareductasa. 3.- *Serenoa repens*. Esta sustancia, también llamada *Sabal serrulatum* o Saw palmetto, se extrae de las profundas bayas de color púrpura de la palma enana americana ventilador, planta originaria de las regiones costeras del sur de los Estados Unidos y el sur de California, que por su origen se le incluye en el sitio de los agentes Fitoterapéuticos; no se conoce muy bien su efecto, pero tienen un efecto antiinflamatorio sobre la próstata (11). El tratamiento quirúrgico del hombre con STUI/HPB está indicado cuando se ha producido el fracaso del tratamiento médico, aparecen complicaciones, o es la elección del paciente, siendo la resección transuretral la técnica quirúrgica de elección (3). El efecto de la cirugía en la disfunción eréctil no es claro; los ensayos a gran escala sugerirían un efecto perjudicial sobre la función eyaculatoria y la potencia, independientemente de la técnica; sin embargo, un examen más detallado confirma una alta tasa de inactividad sexual antes de la cirugía y no perjudicar la cirugía a los hombres que eran sexualmente activos antes de la cirugía (26).

La Guía de Práctica Clínica utilizada en nuestro país, refiere que los alfabloqueadores se recomiendan en todos los pacientes candidatos a tratamiento médico; con una dosis de: Alfuzosina 10 mg diarios, tamsulosina 0.4 mg diarios, terazosina 2-5 mg diarios, y doxazosina 2-4 mg diarios. Recomendando a los inhibidores de la 5 –alfareductasa como el finasteride, en los pacientes con STUI y crecimiento mayor o igual de 40 cc. Recomendando la combinación de ambos grupos de medicamentos, en pacientes con próstata mayor o igual de 40 cc (2).

Las guías EUA 2010, los pacientes inicialmente deben recibir tratamientos combinados si presentan riesgo alto o enfermedad localmente avanzada, mientras que los pacientes con riesgo bajo o intermedio deben recibir monoterapia con enfoque inicial. La prostatectomía radical es el tratamiento estándar y el que se recomienda para los pacientes más jóvenes (<65 años) con riesgo considera la radioterapia combinada con el tratamiento hormonal y opcionalmente con bajo o intermedio; y en los pacientes con riesgo alto o enfermedad localmente avanzada se prostatectomía radical (27).

En el 2004, Vinancia y colaboradores diseñaron un cuestionario experimental para evaluar las creencias, actitudes y conocimientos acerca de la hiperplasia prostática benigna, donde se consideró el procedimiento planteado por Batista (1982), diseñando escalas Likert con los valores: 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 indeciso o dudoso, 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo; iniciando con 85 ítems. Posteriormente el instrumento fue sometido a juicio de expertos para darle una mayor validez, clasificándolo en tres categorías: creencias, actitudes y conocimientos. Se calculó la asimetría y se realizaron correcciones al presentar una asimetría > de +/- 0.7. Aquellos ítems que fueron que fueron corregidos, se les realizó un nuevo análisis factorial con el método de componentes principales y una matriz

rotada de tipo Varimax, para factores no correlacionadas. El análisis factorial definitivo se hizo usando criterios de restricción para aceptar como estable una dimensión; emergieron 4 dimensiones, de los cuales solo tres cumplieron con las características para ser tomadas en cuenta como representativos en la estructura factorial de la prueba, con cargas factoriales de al menos 0,40. Una vez confirmadas las tres dimensiones, se analizó la consistencia interna de los ítems en cada dimensión mediante el cálculo separado de alpha de Cronbach para cada grupo de ítems, incluyendo la correlación parcial de ítems con el total de la dimensión al cual se integra. En esta etapa, se definió que ítems podrían ser eliminados por su baja correlación con el resto del instrumento, dando una calificación alpha total o consistencia interna del instrumento de 0,75. Teniendo como resultado final, un instrumento denominado “Cuestionario CHBP”, estando compuesto por 11 ítems y dos dimensiones; función sexual con 9 ítems como lo fueron: “la próstata tiene que ver con mi erección”, “ pienso que si tengo mucha actividad sexual, se puede afectar mi próstata”, entre otras preguntas relacionadas a deseo sexual y relaciones sexuales; y actitud ante el examen médico y la enfermedad con 2 ítems como: “sabré que tengo problemas de próstata en el momento en que me enferme” y otro relacionado al tacto rectal (28).

En el 2012 se realiza un estudio de corte transversal mediante muestreo probabilístico estratificado, aplicando una encuesta dirigida de 38 preguntas, y teniendo como título “Conocimientos, actitudes y practica sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín”, efectuado en Colombia. En el análisis descriptivo se utilizaron porcentajes; en el bivariado se calculó la razón de prevalencias y el intervalo de confianza al 95% con un valor de significancia de  $p < 0.05$ . Como resultado se realizaron 83 encuestas en 14 clubes de vida de las comunas dos y cuatro de Medellín. Teniendo como resultado que el 68.7% de los participantes presentaron conocimientos adecuados; el 43.4% actitudes adecuadas; y el 38.6% practicas adecuadas. Se observó que la posibilidad de que los hombres tuvieran actitudes adecuadas con conocimiento adecuados fue de 1.9 veces (IC 95% = 1.4-2.7) que en los hombres con conocimientos inadecuados. Además, la posibilidad de que los hombres presentaran prácticas adecuadas con actitudes adecuadas fue de 1.8 veces (IC 95% = 1.2-2.7) que en los hombres con actitudes inadecuadas. Por lo cual basándonos en este cuestionario se tomó la variable de conocimiento, la cual se basa en 2 preguntas, que solo están relacionadas en si conocen o desconocen el antígeno prostático específico y el tacto rectal, tomando como adecuado el conocimiento, si se responde en forma positiva a algunas de las 2 preguntas y de inadecuado si responde en forma negativa en ambas preguntas. (29)

El método Graffar, el cual es un esquema internacional que fue establecido en Bruselas, Bélgica por el profesor Marcel Graffar como un indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social. En el año 1987 el Dr. Hernán Méndez Castellano en Venezuela inicia la búsqueda de un método que permitiese una aproximación cercana a la realidad social de la interrelación entre la biología y sociedad, modificando el método Graffar del profesor Marcel Graffar introduciéndole nuevos cambios, como fueron: a) La denominación “clase social” sustituida por el término “estrato social”; b) el indicador de grado de instrucción de la madre debía ser

tomado en lugar de nivel de instrucción de los padres, pues era la madre la que con mayor frecuencia se ocupaba de la condición del hogar. Llegando al nivel de estrato social, sumando los resultados de:

- Profesión del jefe de familia (5 puntos).
- Nivel de instrucción de la madre (5 puntos).
- Principal fuente de ingresos (5 puntos).
- Condiciones de la vivienda (5 puntos).

En base al resultado de la suma se decidirá clasificar en los siguientes niveles: Alto (4-6), medio alto (7-9), medio bajo 10-12), obrero (13-16) y marginal (17-20) (30).

### 3.2. ANTECEDENTES ESPECIFICOS.

En México, en el 2014 con la tesis “Creencias en salud sobre la detección oportuna de cáncer de próstata con la determinación de antígeno prostático en pacientes hombres de 45 a 69 años en UMF 1 Delegación IMSS Aguascalientes”, Montalvo realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en una muestra probabilística no aleatoria de hombres, donde se les realizó una entrevista con un cuestionario basado en el Modelo de Creencias en Salud adaptado y validado con un alfa de Cronbach de 0.74%. Se utilizó el programa SPSS21 para el análisis estadístico. De la muestra tomada de 377 hombres, se encontró que la edad de 45 a 49 años fue el 40.5%, de 55 a 59 años el 22.54%; escolaridad primaria el 56%, secundaria 29%; estado civil casado 89.7%, soltero 10.3%; religión católica el 98.4%, cristiana 1.3%; procedencia de Aguascalientes 94.16%, Jalisco 2.91%. Identificando además susceptibilidad percibida de 64.4%, 25.46% indecisos y 10.1% no susceptibles; beneficios percibidos 95.4%, indecisos 4.55%; barreras percibidas con 45.6% presentaban barreras, 8.94% indeciso y 45.42% no presentaban barreras; autoeficacia percibida con 83.02% se considera auto eficaz, 9.23% no lo son y 7.15% indeciso; severidad percibida el 66.17% considera severo realizar el estudio, 5.62% indiferente, y 28.15% no considera haya gravedad. Por lo cual se llegó a la conclusión que los componentes del Modelo de Creencias en Salud identificaron una relación con conductas preventivas, percibieron los beneficios de la prevención con la determinación sérica de APE, sin embargo, se identificaron conductas no saludables pues no realizan las acciones preventivas (31).

Así mismo en Brasil, Pereira realizó en el 2011 un estudio seccional con el título “Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata”, realizaron un estudio seccional, desarrollando una encuesta domiciliar abarcando 160 hombres en un área de la estrategia de salud de la familia. Teniendo como resultados finales de la encuesta: más de la mitad ya se había realizado el examen, teniendo una edad promedio de 61.5 años. En cuanto a la raza el 40.6% eran blancos, 20% negros y 39.4% mestizos. La gran mayoría eran casados. En educación el 66.9% poseía la enseñanza básica completa. El 88.8% tiene hijos. Al 61.6% ya se les había indicado la realización de examen de próstata. En relación a las creencias sobre la enfermedad, 95% de ellos creen que se pueden curar si es detectado precozmente, 29.4% refirieron la posibilidad de vida normal a pesar de estar enfermo, 56.3% creen que pueden ser asintomáticos, 36.1% discordó que el tratamiento es peor que la enfermedad y el 34.4% está de acuerdo que el examen afecta la masculinidad y si estuviste bien no sería necesario hacerlo. En cuanto a las barreras, 15% informaron que el médico nunca solicitó el examen, 10.9% no lo encuentra importante y 16.9% tienen miedo de hacerlo. Concluyendo que a pesar de que no es el único determinante, diseminar los conocimientos adecuados sobre el examen puede constituirse en una estrategia fundamental para la información de una actitud positiva en relación a la detección precoz (32).

Muñoz en Colombia, en 2010 con el tema “Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. Santa Rosa de Cabal, 2010”, realizaron un estudio descriptivo con 150 hombres voluntarios que firmaron

consentimiento informado. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 30 preguntas orientadas por el modelo de creencias en salud de Hochbaum et al. Los datos se organizaron, codificaron y categorizaron. Dando como resultado que los participantes eran en su mayoría casados (53%), procedentes del área urbana (69%), escolaridad primaria (53%), de estrato bajo (81%), régimen subsidiado de salud (73%) y religión católica (95%). De todos los entrevistados, el 76% se consideró vulnerable al cáncer de próstata si eran mayores de 60 años. Ellos identificaron los siguientes factores de riesgo: hábito de fumar (29%), los comportamientos sexuales promiscuos (8%), la mala nutrición (5%) y la herencia (29%). El 60% considero tener conocimientos sobre la enfermedad y 97% era consciente de su gravedad. Un 98% de los hombres reconocieron los beneficios del diagnóstico oportuno, pero solo unos pocos (27%) se habían realizado examen. Se plantearon tres barreras para su realización: falta de conocimiento (37%), afectación a la masculinidad (33%) y dificultad en el tratamiento (94%); esto último derivado del alto costo y bajo acceso al servicio especializado. Las barreras culturales, económicas y de acceso a servicios de salud superan los beneficios percibidos con el tratamiento, lo cual se refleja en la baja intención del practica del examen diagnóstico. Se concluyó que se requiere implementar estrategias de educación participativa (33).

En España, con el título “Conocimientos y actitudes sobre la hiperplasia benigna prostática en varones mayores de 35 años de Madrid sin enfermedad”, Muñoz en el 2016 realizo un estudio descriptivo transversal sobre 180 hombres con muestreo no probabilístico de conveniencia y en el que se ha utilizado un cuestionario compuesto por preguntas sociodemográficas y por 11 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert de 1 a 5 en función del nivel de acuerdo o desacuerdo. Como resultado se obtuvo que una media de la edad fue 50.17 años; el 58.3% estaba casado, el 28.3% soltero; el 41.7% se consideró en nivel socioeconómico medio; el 77.2% tenía trabajo. Se obtuvieron resultados de tipo descriptivo considerando el total de la muestra, analizando las medias, desviación estándar y la moda, observando que el ítem con mayor grado de acuerdo fue el referido a que la cirugía prostática resta potencial sexual, mientras que en el que había menor grado fue en el referido a que si la actividad sexual afectaba a la próstata. Además, ya con los resultados obtenidos, se dividió en 2 grupos, siendo mayores y menores de 50 años, encontrando que aquellos participantes mayores de 50 años presentan un nivel mayor de acuerdo con los ítems referidos a la dificultad para tener relaciones sexuales, a la perdida de la potencia sexual en caso de tener problemas prostáticos. Según el análisis bivariante, se puede afirmar que cuanto menor es la edad, más preocupaciones hay por la función sexual. Se concluye con la idea de que es necesario mejorar los conocimientos sobre la hiperplasia benigna de próstata (34).

También en el 2015, Fajardo en Colombia, en el 2015 con el título “Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años”, hicieron un estudio descriptivo transversal realizado a través de una encuesta a los participantes del estudio. Como resultado se encontró en relación a las características sociodemográficas que en base a la edad el promedio fue de 52.84 años; el 28.2% tenía estudios de secundaria, 26.9% primaria, 19.9% técnicos, 22.6%

profesional y 2.4% analfabeta; en el nivel socioeconómico, el 33.9% pertenecía al estrato 2, 23.9% al 1, 25% al 3. En cuanto a la percepción el 32.6% expresó que el tacto rectal les parecía muy incómodo, pero había que hacerlo, el 30.1% que era importante realizarlo para la salud; además en el origen el 43.5% dijo que se daba por la edad y 25.5% refirió desconocimiento. En disposición, se dividió en 2 grupos: los que se habían ya realizado el examen, refiriendo el 42.9% que se lo realizó por chequeo médico, 32.7% porque el médico lo ordenó, y 22.4% porque tuvo molestia al orinar; de los hombres que no se lo habían realizado refirieron que el motivo era en 36.1% porque el médico no se los había solicitado, 16.7% por descuido, 14.8% por miedo y 14.8% porque les parecía denigrante el estudio, además de que el 45.4% refirió la intención de realizárselo. Se concluyó que en la presente investigación se muestra que el conocimiento que tienen los hombres sobre el examen de la próstata está aún muy lejos del ideal; razón por la cual existe la imperiosa necesidad de comenzar a educar a la población masculina sobre los aspectos propios de este, como el tacto rectal, el antígeno prostático y además sobre algunos aspectos propios del cáncer, a fin de cambiar creencias y la percepción sobre el examen; siendo de gran importancia en las campañas involucrar a las parejas (35).

Con el tema “Knowledge, attitudes and practices of Ugandan men regarding prostate cancer” se realizó un estudio descriptivo de corte transversal utilizando entrevistador, cuestionarios y discusiones de grupos focales entre 545 hombres de entre 18 y 71 años residente de Kampala, Uganda, hecho en 2012 por Nakandi y otros autores. Los datos cuantitativos se analizaron con SPSS versión 20. Se recopilaron datos cualitativos utilizando debates de grupos de enfoque grabados en audio, transcrito y analizados mediante la agrupación en temas. Se obtuvieron los resultados, donde el 59.4% tenía entre 18-28 años; 54.1% había oído hablar del CaP, siendo la fuente en 12.5% un trabajador del área de la salud; además el 37.4% no sabía el grupo de edad que afecta el cáncer de próstata y el 50.2% no identifica ningún factor de riesgo. El 10.3% tiene un buen conocimiento de los síntomas, el 9% conocía las pruebas de APE, el 63.5% pensaba que eran susceptibles y solo el 3.5% alguna vez se sometió a una prueba en suero de APE. Como conclusión hubo pocos conocimientos y varios conceptos erróneos sobre el CaP y detección en la población de estudio, por lo que son muy necesarios programas de educación en salud para esta población (36)

Satinder en la India, en 2016 con el título “AWARENESS / KNOWLEDGE ABOUT PROSTATE CANCER AMONG ADULT MEN: A DESCRIPTIVE STUDY”, realizó el estudio descriptivo de 100 sujetos a través de un cuestionario de 12 elementos previamente evaluados. En los resultados, el 41% era de 40 a 50 años, 84% tenía educación secundaria, 71% tenían trabajo, 89% eran casados, 57% vivían en zona rural, 50% comía comida vegetariana. El 51% no pudo identificar la ubicación de la próstata, el 55% tenía conocimiento sobre goteo, fugas y urgencia urinaria como señal de alerta temprana de próstata. En conocimiento al CaP, el 38% eligió la micción dolorosa como el primer signo de advertencia, 72% no está de acuerdo en que el dolor en la ingle pueda ser un signo de alarma, 64% no coincide con que los medicamentos alteran el desarrollo del cáncer y 55% selecciona la cirugía como una opción de tratamiento. Se concluye que es necesario una intervención agresiva de promoción a



la salud debe diseñarse para aumentar la conciencia y corregir las impresiones sobre el CaP en la comunidad (37).

Y por último, en un estudio más reciente de 2017, en EUA con el título "Knowledge of Prostate Cancer and Screening Among Young Multiethnic Black Men" Ogunsanya junto a otros investigadores realizaron un estudio transversal con una muestra de 267 jóvenes negros entre 18 y 40 años en Austin, Texas. En los resultados, el 65.3% eran de origen estadounidense, 18.9% eran estudiantes de primer año de universidad, 87.6% no tenía antecedente familiar de CaP, 44% eran casados, 52.5% refiere tener un buen estado de salud, 50.6% viven en una zona urbana. En base al conocimiento el 29% de los pacientes tiene un inadecuado conocimiento, y el 47% estaba indeciso en sus respuestas. Se llegó como conclusión que es importante que estos hombres sean educados más en el conocimiento y detección de enfermedades de la próstata (38).

#### **4. JUSTIFICACIÓN.**

La HPB y el CaP son patologías que van interrelacionadas, compartiendo la misma sintomatología, estando englobadas en los síntomas del tracto urinario bajo; los cuales abarcan síntomas obstructivos e irritativos; donde para el diagnóstico temprano y oportuno es de gran importancia la realización de pruebas de tamizaje, como lo son el TR y la medición de APE.

En México el CaP es el primer lugar de causa de muerte por cáncer en los hombres mayores de 50 años, lo cual nos hace pensar que el tamizaje para el diagnóstico de esta patología no se está realizando adecuadamente, tanto en efectuar el TR, como la medición del APE en el primer nivel de atención; ya que consideramos al TR, el procedimiento de elección inicial para evaluación de pacientes, a pesar que su especificidad y sensibilidad no sea la más alta, aun así nos apoya en la búsqueda de cambios anormales en la próstata, lo cual nos indicaría la realización de medición de valores de APE, donde con esto logramos el diagnóstico de CaP 5 a 10 años antes de la aparición de la sintomatología.

En el primer nivel de atención, los médicos familiares son los primeros profesionales de la salud, a los que los pacientes consultan por la presencia de signos y síntomas sugestivos de HPB y por consiguiente de sospecha de CaP; observando que la Norma Oficial Mexicana refiere que el 58.3% de los pacientes no se realiza tamizaje diagnóstico. Es de gran importancia la realización de este estudio, ya que así podremos saber cuál es el conocimiento, creencia y actitudes que tiene nuestra población masculina de consulta de primer nivel de atención sobre la HPB y el CaP, y si por estas mismas no se están realizando pruebas de detección temprana; ya conociendo esto poder apoyarnos para poder realizar conclusiones de cuáles serían las posibles medidas a realizar en nuestro medio, para aumentar la frecuencia de realización de tacto rectal y medición de antígeno prostático específico y por consiguiente disminuir la incidencia de CaP.

## **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La población con presencia de cuadro clínico de síntomas del tracto urinario inferior, acude principalmente como primera opción con el médico familiar, siendo la consulta urológica más frecuentemente valorada, por lo cual es de gran importancia la realización de pruebas de tamizaje de detección de patología prostática, observando que nos ayuda a poder realizar el diagnóstico a inicios temprano y así obtener un mejor pronóstico de la enfermedad; ya que el CaP en México es la primera causa de muerte por cáncer en mayores de 50 años. Siendo el médico familiar parte importante de informar sobre la realización de las pruebas de tamizaje como los son el TR y la medición de APE para el diagnóstico de patología prostática.

A pesar de lo ya mencionado, nuestra población no acude a la toma de pruebas de tamizaje de detección temprana de patología prostática, a pesar de cursar con la sintomatología del tracto urinario, por lo cual nos surge la siguiente pregunta:

**¿CUAL ES EL CONOCIMIENTO, CREENCIA Y ACTITUDES EN EL RECHAZO DE TAMIZAJE DE PATOLOGIA PROSTATICA EN LA CONSULTA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN?**

## **6. OBJETIVO.**

### **6.1.OBJETIVO GENERAL.**

- Identificar el conocimiento, creencia y actitudes en el rechazo de pruebas de tamizaje de la patología prostática en la consulta del primer nivel de atención.

### **6.2.OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Describir las variables sociodemográficas (edad, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, estado civil, religión) de los hombres que acuden a consulta de primer nivel de atención.
- Determinar el conocimiento para el rechazo de tamizaje de la patología prostática.
- Examinar la creencia sexual para el rechazo de tamizaje de la patología prostática.
- Investigar la actitud ante el examen médico para el rechazo de tamizaje de la patología prostática.
- Identificar la actitud ante la enfermedad para el rechazo de tamizaje de la patología prostática.

## **7. HIPÓTESIS DE TRABAJO.**

### **7.1. HIPÓTESIS NULA.**

No existe conocimiento de las pruebas de tamizaje de patología prostática en los pacientes que acuden a consulta de primer nivel de atención.

### **7.2. HIPÓTESIS ALTERNA.**

Si existe conocimiento de las pruebas de tamizaje de patología prostática en los pacientes que acuden a consulta de primer nivel de atención.

## **8. MATERIAL Y METODOS.**

### **8.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.**

Se trata de un estudio observacional, transversal, prospectivo, prolectivo y descriptivo.

### **8.2. MUESTREO.**

Población de adultos de 45 a 59 años de edad, pertenecientes a la UMF No. 6 IMSS en Puebla, Puebla; durante el periodo del 1 de agosto al 31 de octubre de 2018; que acudieron a consulta externa de la unidad en los turnos matutino y vespertino, que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **8.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.**

#### **8.3.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.**

##### **8.3.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Una edad entre 45 a 59 años de edad.
- Acudieron a consulta de primer nivel de atención.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

##### **8.3.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Tener diagnóstico de hiperplasia prostática benigna.
- Tener diagnóstico de Cáncer de Próstata.
- Paciente que ya se hubieran efectuado el tamizaje de hiperplasia prostática.
- No contestaron completa la encuesta

### 8.3.1.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Persona que después de contestar la encuesta, decidieron ya no participar en el estudio de investigación.

### 8.4. DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.

No probabilístico, tipo incidental.

### 8.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Habiendo una población de 8862 adultos de 45 a 59 años de edad, en la UMF No. 6, del IMSS de Puebla, Puebla, y dadas las características de nuestra investigación, requerimos estimar una proporción con un nivel de confianza del 95% ( $Z_{1-\alpha}$ ) con un valor de 1.96, una precisión del 5% y una proporción esperada de 58% de pacientes que no se realizan pruebas de tamizaje prostático, según la Norma Oficial Mexicana-048-SSA2-2016. Para la detección, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica del crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata). Obtenemos un tamaño de muestra de 358 adultos de acuerdo a la siguiente formula:

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

Dónde:

N: universo de trabajo (8862)

$Z_{1-\alpha}$  = 1.96 (valor tipificado)

p= proporción: 0.58

q= 1- p (0.58)=0.42

d= 0.05 (poder de precisión)

### 8.6. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

#### 8.6.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

- EDAD: Años que ha cumplido una persona, desde su nacimiento hasta la fecha de realización del estudio.
- ESCOLARIDAD: Nivel de estudio máximo completado por una persona, especialmente en el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.
- OCUPACIÓN: Actividad, profesión, oficio o trabajo al que se dedica la persona en estudio.

- **NIVEL SOCIOECONOMICO:** Posición económica y sociológica en relación a sus ingresos, educación y empleo, utilizando para valorarlo el método Graffar, el cual es un esquema internacional que fue establecido en Bruselas, Bélgica por el profesor Marcel Graffar como un indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social. En el año 1987 el Dr. Hernán Méndez Castellano en Venezuela inicia la búsqueda de un método que permitiese una aproximación cercana a la realidad social de la interrelación entre la biología y sociedad, modificando el método Graffar del profesor Marcel Graffar introduciéndole nuevos cambios, como fueron: a) La denominación “clase social” sustituida por el término “estrato social”; b) el indicador de grado de instrucción de la madre debía ser tomado en lugar de nivel de instrucción de los padres, pues era la madre la que con mayor frecuencia se ocupaba de la condición del hogar. Llegando al nivel de estrato social, sumando los resultados de:
  - Profesión del jefe de familia (5 puntos).
  - Nivel de instrucción de la madre (5 puntos).
  - Principal fuente de ingresos (5 puntos).
  - Condiciones de la vivienda (5 puntos).
 En base al resultado de la suma se decidirá clasificar en los siguientes niveles: Alto (4-6), medio alto (7-9), medio bajo 10-12), obrero (13-16) y marginal (17-20).
- **ESTADO CIVIL:** Condición civil de una persona en relación al registro civil, basándonos en si tiene o no pareja y su relación con ella; la cual le otorga derechos y obligaciones.
- **RELIGIÓN:** Creencia religiosa que profesa la persona, en relación a la divinidad de un dios o varios dioses.
- **CONOCIMIENTO:** Facultad de la persona para comprender la razón, naturaleza y cualidades, en relación al tacto rectal y el antígeno prostático específico, basándonos en la encuesta realizada por Arbeláez-Montealegre, la cual fue hecha en el año 2012, basándose en estudios anteriores y similares, donde se dividió en 4 bloques, los cuales fueron variables sociodemográficas, conocimiento, actitudes y prácticas, realizando un análisis descriptivo porcentajes, y en el variado se calculó la razón de prevalencias y el intervalo de confianza al 95%, con un valor de significancia de  $p < 0.05$ ; tomando solamente para la medición de esta variable, el rubro de conocimiento; el cual se dará como resultado después de contestar las 2 preguntas relacionadas a si conoce o no las pruebas de antígeno prostático específico y el tacto rectal, así como para que sirven, con los valores:
  - Adecuado: Conteste pregunta 1 y/o 2 con un sí.
  - Inadecuado: Conteste pregunta 1 y 2 con un no.



- **CREENCIA SEXUAL:** Idea o pensamiento sexual, basado en el resultado del grupo de 9 preguntas del instrumento “Cuestionario CHPB”, realizado por Vinancia y colaboradores en el 2004 con un alpha de CronBach de 0.75; valorando la función sexual de los hombres entrevistados, relacionado a la erección, actividad sexual, deseo sexual, potencia sexual y relación sexual. Calificada por método Likert de con 5 posibles grados de aceptación, dándole al de mayor acuerdo 5 puntos y al de menor acuerdo 1 punto, teniendo como puntaje mínimo 9 puntos y máximo 45 puntos y dividiéndolo en los resultados:
  - Afectación sexual: 31-45 puntos.
  - Sin afectación sexual: 9-21 puntos.
  - Indeciso: 22-30 puntos.
  
- **ACTITUD ANTE EL EXAMEN MEDICO:** Manera de estar alguien dispuesto a realizarse o estar acostumbrado al procedimiento para la realización del tacto rectal basado en el cuestionario CHPB, realizado por Vinancia y colaboradores en el 2004 con un alpha de CronBach de 0.75. Realizando una modificación para entendimiento de la población mexicana, calificada por método Likert de con 5 posibles grados de aceptación, dándole al de mayor acuerdo 5 puntos y al de menor acuerdo 1 punto, teniendo como puntaje mínimo 1 puntos y máximo 5 puntos y dividiéndolo en los resultados:
  - Adecuada: 1-2 puntos.
  - Inadecuada: 4-5 puntos.
  - Indecisa: 3 puntos.
  
- **ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD:** Manera de estar alguien dispuesto a comportarse al presentar una alteración de próstata al estar enfermo, basándonos en el resultado de la pregunta en el cuestionario CHPB, realizado por Vinancia y colaboradores en el 2004 con un alpha de CronBach de 0.75; calificada por método Likert de con 5 posibles grados de aceptación, dándole al de mayor acuerdo 5 puntos y al de menor acuerdo 1 punto, teniendo como puntaje mínimo 1 puntos y máximo 5 puntos y dividiéndolo en los resultados:
  - Adecuada: 1-2 puntos.
  - Inadecuada: 4-5 puntos.
  - Indecisa: 3 puntos.

## 8.7. VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	VALOR O MEDIDA.
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Discreta	Referido por el encuestado	Años cumplidos.
<b>Escolaridad</b>	Cualitativa	Ordinal	Lo referido por el encuestado.	Ninguna. Primaria. Secundaria. Bachiller o preparatoria. Carrera técnica Licenciatura
<b>Ocupación</b>	Cualitativa	Nominal	Referido por el encuestado.	Obrero Profesionista Comerciante Empleado Desempleado Pensionado
<b>Nivel socioeconómico</b>	Cualitativa	Ordinal	Método Graffar	Alto (4-6 puntos) Medio Alto (7-9 puntos) Medio bajo (10-12 puntos) Obrero (13-16 puntos) Marginal (17-20 puntos)
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa	Nominal	Referido por el encuestado	Soltero Unión libre Casado Separado/ Divorciado Viudo
<b>Religión</b>	Cualitativa	Nominal	Referido por el encuestado	Católico Cristiana Testigo de Jehová Protestante Otros. Ninguno.
<b>Conocimiento</b>	Cualitativa	Nominal	Referido por el encuestado	Adecuado (Contestar pregunta 1 y/o 2 con SI) Inadecuado (Contestar pregunta 1 y 2 con NO)
<b>Creencia sexual</b>	Cualitativa	Nominal	Referido por el encuestado	Afectación sexual (31-45 puntos) Sin afectación sexual (9-21 puntos) Indeciso (22-30 puntos)
<b>Actitud ante el examen médico</b>	Cualitativa	Nominal	Referido por el encuestado	Adecuada (1-2 puntos) Inadecuada (4-5 puntos) Indecisa (3 puntos)
<b>Actitud ante la enfermedad</b>	Cualitativa	Nominal	Referido por el encuestado	Adecuada (1-2 puntos) Inadecuada (4-5 puntos) Indecisa (3 puntos)

## 8.8. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.

Ya revisado y aprobado el protocolo de tesis por parte de los asesores (metodológico y expertos), así como registrado en la plataforma SIRELCIS, se solicitó la autorización al director de la Unidad de Medicina Familiar No 6, para realizar dicho protocolo de estudio, en la población derechohabiente de la unidad.

En el presente estudio se incluyeron a todos los pacientes adultos hombres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No 6 de los 20 consultorios en el turno matutino y 20 consultorios en el turno vespertino, entre la edad de 45 a 59 años de edad, que acudieron al servicio de consulta externa de primer nivel de atención, seleccionando para la muestra 9 pacientes de cada consultorio de ambos turnos, en el periodo del 1 de agosto al 31 de agosto de 2018.; que aceptaron participar en nuestro estudio, por lo cual se les entregó un consentimiento informado que leyeron, firmaron y autorizaron para la realización del presente estudio y con esto poder ser parte de población muestra.

Se procedió a la entrega de la encuesta a las personas incluidas en el estudio, donde se valoró las variables sociodemográficas: edad, estado civil, ocupación, religión, escolaridad y nivel socioeconómico, del cual en este último se usó el método de Graffar el cual fue realizado por el profesor Marcel Graffar, en Bruselas, Belgica, con el objetivo de tener un indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social; posteriormente siendo modificado por el Dr. Hernan Mendez Castellano en el año 1987, donde principalmente modifiko el término “clase social” por el de “estrato social”, así como solo valora el nivel de estudios de la madre y no el de los padres, ya evaluado se clasifico en los 5 niveles descritos, los cuales son alto, medio alto, medio bajo, obrero y marginal, que salen de la suma de las características presentes en el núcleo familiar, que son la profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingresos y condiciones de la vivienda. Posteriormente las personas del estudio respondieron las 13 preguntas pertenecientes a nuestro instrumento de medición. Iniciando con las 2 primeras preguntas dando solo una respuesta de SI o No; las cuales se basaron en la encuesta realizada por Arbelaez-Montealegre, que fue realizado en el año 2012 en Colombia el cual tiene un intervalo de confianza al 95%, con un valor de significancia de la  $p < 0.05$ , donde solo de las 4 categorías que mide, se tomó la de variable de conocimiento, calificándolo en adecuado o en inadecuado dependiendo lo que se respondió en relación a las 2 preguntas encaminadas en conocimiento de las pruebas de antígeno prostático específico o tacto rectal. Se continuó con responder de la pregunta 3 a 13 que están basadas en el “Cuestionario CHBP”, que fue realizado en el año 2004, donde se dio una calificación alpha total o consistencia interna de 0.75, donde las preguntas son calificadas en un método tipo Likert siendo las 5 posibles respuestas: totalmente en desacuerdo con 1 punto, en desacuerdo con 2 puntos, indeciso o dudoso 3 puntos, de acuerdo 4 puntos y totalmente de acuerdo 5 puntos. Las preguntas 3 a 11 midieron la variable de creencia sexual, por lo que se sumaron los resultados de estas mismas para dependiendo del mismo poder catalogarlas en afectación sexual, sin afectación sexual e indecisa. Por último, se valoraron las variables de actitud ante el examen médico y la actitud ante la enfermedad, siendo las preguntas 12 y 13 respectivamente, donde de igual manera se

sumaron los resultados, para darla a cada variable la categoría de adecuada, inadecuada o indecisa.

Para finalizar se vació toda la información recolectada en libros de cálculo de Excel y el programa SPSS v25, para poder realizar la interpretación de los resultados en base a los valores obtenidos y con esto poder llegar a las conclusiones finales.

### **8.9. ANALISIS DE DATOS.**

Se realizó el análisis univariado de las variables de investigación y de las sociodemográficas; con medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas y medición de frecuencias (proporciones) para las variables categóricas. Este análisis se realizó con el programa estadístico SPSS v25.

## 9. ASPECTOS ETICOS

El propósito principal de nuestra investigación, fue conocer los factores por los cuales los pacientes no se realizan el tamizaje de enfermedad prostática, como lo son el TR y la medición de valores de APE. Todo esto con el fin de realizar y/o mejorar las intervenciones para prevención primaria y secundaria en el primer nivel de atención.

El presente estudio estuvo sujeto a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial; estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

De acuerdo al manual de operación y funcionamiento del fondo de investigación en salud I.M.S.S, en el punto 5.31 protocolo en investigación en salud establece un conjunto de actitudes, principios y valores que emana de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica. El médico familiar adquiere así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad; con la formación de profesionales de la Medicina Familiar; con el desarrollo del conocimiento propio de esta especialidad, así como con sus colegas y demás profesionales de la atención a la salud, en el marco de un auténtico humanismo.

Este estudio observo los principios enunciados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) adoptada por la 18ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea de la AMM, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35ª Asamblea de la AMM, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea general de la AMM, Hong Kong, Septiembre 1989, 48ª Asamblea Somerset West, República de la Ciudad África, Octubre 1996, 52ª asamblea de la AMM, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000; 53ª asamblea general de la WMA, Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de la AMM, Tokio, Japón 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Octubre 2008. La cual es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos y establece que el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas, y los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

El Código de Núremberg que aborda el tema sobre experimentos médicos permitidos, nos menciona: que el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial, por lo que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento. El médico tiene la obligación de explicarle la naturaleza, duración y propósito del estudio, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse y los efectos que le puede causar a su salud.

Así mismo, se apega a las normas éticas propuestas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título primero (Disposiciones Generales) artículo 3º, apartado II, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, Título Segundo (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos), Capítulo I, artículo 13º (en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar); considerando también el artículo 16 donde dice que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Considerándose a ésta investigación como de **Riesgo Mínimo** (que son estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, colección de excretas, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, entre otros, de acuerdo con lo establecido en su artículo 17º e incluirá la aplicación de un consentimiento informado, tal y como se explica en su artículo 20, 21 y 22, al realizarse en menores de edad, éste se entregara a quien ejerza patria potestad o la representación legal del menor, tal y como se refiere en su artículo 36º). En nuestro caso solo se solicitaron datos sociodemográficos como edad, sexo, escolaridad, ocupación, etc. y responder un cuestionario para evaluar conocimiento, creencia y actitud. Lo que no implica riesgo para la salud, por lo tanto, se considera como una investigación con riesgo mínimo.

Finalmente, en esta investigación todos los individuos fueron tratados como personas autónomas, se les detallaron las características del estudio informándoles que fue registrado y aprobado ante el comité local de investigación, y que su decisión de participar era libre y voluntaria, señalando que podían retirarse del estudio en el momento que lo desearan, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual sería respetada en su integridad, en caso de aceptar participar se les realizó una entrevista sobre ellos y sus familias manejando sus datos con estricta confidencialidad, exponiéndoles que su participación permitiría la obtención de nuevo conocimiento en beneficio de las familias y que en el transcurso del estudio podrían solicitar información actualizada sobre el mismo. Cumpliéndose así, con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont, códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

## 10.RESULTADOS.

De una muestra de 358 hombres para la realización del presente estudio, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión, se obtuvieron los siguientes resultados:

En la edad se observó una media de 53.81 años y una desviación estándar de  $\pm 4.62$ .

### CUADRO 1. ESTADIGRAFO DE EDAD

Media	53.81
Mediana	55
Moda	59
Desviación estándar	4.62
Rango	14
Mínimo	45
Máximo	59

Fuente: Rechazo a tamizaje de patología prostática. 2018

En relación a la escolaridad, presentaron estudios de bachiller un 41.62% (n=149) y de licenciatura un 24.30% (n=87).

## CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN ESCOLARIDAD

	CONOCIMIENTO		CREENCIA SEXUAL		
	Adecuado	Inadecuado	AS	Sin AS	Indeciso
ESCOLARIDAD	%	%	%	%	%
Ninguna	0.28	0.28	0.56	0	0
Primaria	1.68	0.84	1.95	0	0.56
Secundaria	12.57	1.11	8.10	1.40	4.19
Bachiller	41.06	0.56	21.51	8.94	11.17
Carrera técnica	17.04	0.28	10.90	3.35	3.07
Licenciatura	24.30	0	7.82	12.01	4.47

Fuente: Rechazo a tamizaje de patología prostática. 2018.

Abreviaturas: AS= Afectación Sexual; Sin AS: Sin Afectación Sexual.

	ACTITUD ANTE EL EXAMEN MEDICO			ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD		
	Adecuada	Inadecuada	Indeciso	Adecuada	Inadecuada	Indeciso
ESCOLARIDAD	%	%	%	%	%	%
Ninguna	0	0.56	0	0.28	0.28	0
Primaria	0.28	2.23	0	0.56	0.84	1.12
Secundaria	1.12	12.29	0.28	4.47	5.03	4.19
Bachiller	6.14	34.08	1.40	13.97	22.61	5.03
Carrera técnica	2.79	13.69	0.84	5.59	9.22	2.51
Licenciatura	2.79	20.67	0.84	8.38	13.41	2.51

Fuente: Rechazo a tamizaje de patología prostática. 2018.



Para la ocupación, se encontraron como empleado un 46.09% y obrero un 38.27%.

### CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN DE OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	CONOCIMIENTO		CREENCIA SEXUAL		
	Adecuado	Inadecuado	AS	Sin AS	Indeciso
	%	%	%	%	%
Obrero	36.31	1.95	20.67	7.26	10.33
Profesionista	7.26	0	0.28	5.31	1.68
Comerciante	6.15	0.28	4.47	0.28	1.68
Empleado	45.53	0.56	24.01	12.57	9.50
Desempleado	0.28	0	0.28	0	0
Pensionado	1.40	0.28	1.12	0.28	0.28

Fuente: Rechazo a tamizaje de patología prostática. 2018.  
Abreviaturas: AS= Afectación Sexual; Sin AS: Sin Afectación Sexual.

OCUPACIÓN	ACTITUD ANTE EL EXAMEN MEDICO			ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD		
	Adecuada	Inadecuada	Indeciso	Adecuada	Inadecuada	Indeciso
	%	%	%	%	%	%
Obrero	3.91	33.24	1.12	11.18	21.24	5.86
Profesionista	1.68	5.59	0	2.51	3.91	0.84
Comerciante	0.28	5.86	0.28	1.68	2.51	2.23
Empleado	6.98	37.70	1.40	17.60	22.62	5.86
Desempleado	0.28	0	0	0.28	0	0
Pensionado	0	1.12	0.56	0	1.12	0.56

Fuente: Rechazo a tamizaje de patología prostática. 2018.

Por el método de Graffar, el nivel medio bajo tuvo un 61.45% y el de obrero un 23.18%.

#### CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN DE NIVEL SOCIOECONOMICO

	CONOCIMIENTO		CREENCIA SEXUAL		
	Adecuado	Inadecuado	AS	Sin AS	Indeciso
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	%	%	%	%	%
Alto	1.40	0	0	1.40	0
Medio alto	13.13	0	3.35	6.70	3.07
Medio Bajo	60.61	0.84	32.97	15.36	13.13
Obrero	21.23	1.95	13.97	1.95	7.26
Marginal	0.56	0.28	0.56	0.28	0

Fuente: Rechazo a tamizaje de patología prostática. 2018  
Abreviaturas: AS= Afectación Sexual; Sin AS= Sin Afectación Sexual.

	ACTITUD ANTE EL EXAMEN MEDICO			ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD		
	Adecuada	Inadecuada	Indecisa	Adecuada	Inadecuada	Indecisa
<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	%	%	%	%	%	%
Alto	0	1.40	0	0.56	1.12	0
Medio alto	2.51	10.33	0.28	2.79	8.10	2.23
Medio Bajo	7.26	51.67	2.51	22.51	30.09	8.60
Obrero	3.35	19.27	0.56	7.25	11.44	4.47
Marginal	0	0.84	0	0.28	0.56	0

Fuente: Rechazo a tamizaje de patología prostática. 2018.

Tomando en cuenta el estado civil de los pacientes, están en unión libre un 47.21% y casados 42.74%.

#### CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN DE ESTADO CIVIL

	CONOCIMIENTO		CREENCIA SEXUAL		
	Adecuado	Inadecuado	AS	Sin AS	Indeciso
ESTADO CIVIL	%	%	%	%	%
Soltero	2.51	0	1.40	1.18	0
Unión libre	45.26	1.95	22.87	14.22	10.05
Casado	41.90	0.84	21.51	9.50	11.73
Separado	4.19	0	2.51	0.84	0.84
Viudo	3.07	0.28	2.51	0	0.84

Fuente: Rechazo a tamizaje de patología prostática. 2018  
 Abreviaturas: AS= Afectación Sexual; Sin AS= Sin Afectación Sexual.

	ACTITUD ANTE EL EXAMEN MEDICO			ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD		
	Adecuada	Inadecuada	Indeciso	Adecuada	Inadecuada	Indeciso
ESTADO CIVIL	%	%	%	%	%	%
Soltero	0.28	1.68	0.28	1.12	1.40	0
Unión libre	6.45	39.79	1.12	16.20	24.58	6.42
Casado	5.89	35.57	1.40	12.57	22.07	8.10
Separado	0.28	3.91	0	1.40	2.79	0
Viudo	0	2.79	0.56	1.95	0.56	0.84

Fuente: Rechazo a tamizaje de patología prostática. 2018.

Basándonos en la religión, fueron católicos 68.72% y cristianos 22.07%.

### CUADRO 6. DISTRIBUCIÓN DE RELIGIÓN

RELIGIÓN	CONOCIMIENTO		CREENCIA SEXUAL		
	Adecuado	Inadecuado	AS	Sin AS	Indeciso
	%	%	%	%	%
Católica	66.47	2.23	35.19	17.60	15.92
Cristiana	21.23	0.84	11.45	5.86	4.75
Testigo de Jehová	1.95	0	1.12	0.28	0.56
Protestante	3.91	0	1.95	1.12	0.84
Otro	1.95	0	0.28	0.84	0.84
Ninguno	1.42	0	0.84	0	0.56

Fuente: Rechazo a tamizaje de patología prostática. 2018  
Abreviaturas: AS= Afectación Sexual; Sin AS= Sin Afectación Sexual.

RELIGIÓN	ACTITUD ANTE EL EXAMEN MEDICO			ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD		
	Adecuada	Inadecuada	Indeciso	Adecuada	Inadecuada	Indeciso
	%	%	%	%	%	%
Católica	8.94	57.83	1.95	22.62	35.48	10.61
Cristiana	3.91	17.32	0.84	8.66	10.33	3.07
Testigo de Jehová	0	1.95	0	0.84	0.84	0.28
Protestante	0	3.63	0.28	0.84	2.23	0.84
Otro	0.28	1.67	0	0.28	1.40	0.28
Ninguno	0	1.12	0.28	0	1.12	0.28

Fuente: Rechazo a tamizaje de patología prostática. 2018

En el conocimiento sobre las pruebas de tamizaje, la muestra tuvo un conocimiento adecuado en el 96.63%.

#### **CUADRO 7. DISTRIBUCIÓN DE CONOCIMIENTO**

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Adecuado	347	96.93
Inadecuado	11	3.07
<b>TOTAL</b>	<b>358</b>	<b>100</b>

Fuente: Rechazo a tamizaje de patología prostática. 2018.

En relación a la creencia sexual el resultado de afectación sexual se encontró en el 50.84%.

#### **CUADRO 8. DISTRIBUCIÓN DE CREENCIA SEXUAL**

<b>CREENCIA SEXUAL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Afectación sexual	182	50.84
Sin afectación sexual	92	25.70
Indeciso	84	23.46
<b>TOTAL</b>	<b>358</b>	<b>100</b>

Fuente: Rechazo a tamizaje de patología prostática. 2018.

El 83.52 % presento una actitud inadecuada ante el examen médico.

#### CUADRO 9. DISTRIBUCIÓN DE ACTITUD ANTE EL EXAMEN MEDICO

ACTITUD ANTE EL EXAMEN MEDICO	n	%
Adecuado	47	13.13
Inadecuado	299	83.52
Indeciso	12	3.35
<b>TOTAL</b>	<b>358</b>	<b>100</b>

Fuente: Rechazo a tamizaje de patología prostática. 2018.

La actitud ante la enfermedad el resultado fue inadecuado en un 51.40%.

#### **CUADRO 10. DISTRIBUCIÓN DE ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD**

<b>ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Inadecuado	184	51.40
Adecuado	119	33.24
Indeciso	55	15.36
<b>TOTAL</b>	<b>358</b>	<b>100</b>

Fuente: Rechazo a tamizaje de patología prostática. 2018.



## 11. DISCUSIÓN

En el estudio realizado en 2012 por Nakandi y colaboradores realizo un estudio descriptivo que tiene por nombre “Knowledge, attitudes and practices of Uganda men regarding prostate cancer” dio como resultado que en el 96.5% de los pacientes que no se habían realizado la medición del APE, solamente el 9% de ellos tenía un conocimiento sobre la prueba, a diferencia de nuestro estudio, donde el 96.93% tiene un adecuado conocimiento sobre las puebas de tamizaje de patología prostática, viendo que en Uganda el 59.4% de los pacientes tenían entre 18 a 28 años de edad, y en nuestra población la edad fue de 45 a 59 años con una media de 53.81 años, esta diferencia de edades podría explicar el grado de conocimiento.

Satinder en 2016, en la India, con un estudio descriptivo llamado “Awareness / knowledge about prostate cancer among adult men: a descriptive study” obtuvo que el 55% de su población tiene un adecuado conocimiento, pero en su caso es sobre la sintomatología prostática, y en el nuestro el 96.93% tiene un adecuado conocimiento en las pruebas de tamizaje; además podemos observar que su muestra tiene 84% de educación secundaria, y en nuestro estudio tan solo el 13.69% tiene la misma educación, así como obtuvimos que a mayor educación, mayor era el conocimiento, ya que el 100% de la población con nivel licenciatura tenía adecuado conocimiento.

En un estudio descriptivo realizado por Muñoz en 2010 con el tema “Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. Santa Rosa de Cabal, 2010”, reportó que solamente el 60% de su muestra tiene un buen conocimiento, el 69% de su población vivía en áreas urbanas, así como el 53% solo contaba con primaria junto con el 81% que entraban en el nivel socioeconómico de extracto bajo, a diferencia del nuestro donde el 100% de la población vivía en zona urbana, así como el nivel socioeconómico predominante fue el medio bajo, pero con un mejor nivel educativo ya que solo el 2.51% tenían nivel primaria, por lo que vemos que también el nivel socioeconómico influye en el conocimiento de los pacientes, en nuestro estudio a más nivel, mayor fue el porcentaje de conocimiento adecuado.

Muñoz en Madrid España, realizo el estudio descriptivo “Conocimientos y actitudes sobre la hiperplasia benigna prostática en varones mayores de 35 años de Madrid sin enfermedad” en el 2016; teniendo como resultado que en sus dos grupos de evaluación, la mayoría de la muestra refiere que la patología prostática tiene afectación sexual, principalmente en las relaciones sexuales, coincidiendo con el nuestro, ya que el 50.84% también refirió la misma afectación; así como las mismas similitudes en las variables sociodemográficas de edad, estado civil, ocupación y nivel socioeconómico, por lo que el hecho de una mala vida sexual en los hombres, es de gran importancia, sin importar las diferencias culturales entre ambos países.

En un estudio realizado por Pereira en 2011 en Brasil, de tipo descriptivo con el título “Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata” vimos que el 34.4% concuerdan con una inadecuada actitud ante el examen médico y con un porcentaje de 29.4 tienen una inadecuada actitud ante la enfermedad, en

comparación con el nuestro que fue de 83.52% para inadecuada actitud ante el examen médico y 51.4% en inadecuada actitud para la enfermedad, viendo que la diferencia puede deberse a que en el estudio realizado por Pereira su muestra ya se había realizado una prueba de tamizaje.

En 2015 con el tema “Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años”, Fajardo realizó en Colombia un estudio descriptivo, donde en cuanto a la actitud ante el examen físico, el 32.6% tuvo una inadecuada actitud, así como en la actitud ante la enfermedad, esta fue inadecuada tan solo en el 18.6%, como podemos ver hubo una diferencia muy importante ya que en nuestro estudio la inadecuada actitud ante la enfermedad y el examen médico, fue de 51.40 y 83.52 % respectivamente, todo esto a pesar de que en la mayoría su población, solo tenía educación primaria y secundaria y tan solo el 22.6% tenía educación hasta licenciatura.

En EUA nuestros vecinos del norte, se realizó un estudio descriptivo, con el tema “Knowledge of Prostate Cancer Among Young Multiethnic Black Men” tuvo un resultado de desconocimiento de 29%, a pesar de que el 87.6% de ellos tenía antecedentes familiares de CaP, pero a diferencia de nuestro estudio, esta fue realizado en hombres de raza negra en una edad de 18 a 40 años, mucho menor a la edad que estudiamos de 45 a 59 años.

En 2014 en Aguascalientes, México, Montalvo en un estudio descriptivo llamado “Creencia en salud sobre la detección oportuna de cáncer de próstata con la determinación de antígeno prostático en pacientes hombres de 45 a 69 años en UMF 1 Delegación IMSS Aguascalientes”, se encontró en las barreras percibidas, el 29.4% de desconocimiento del APE, a diferencia de nuestro estudio que el desconocimiento tan solo lo presentó el 3.07%; teniendo la diferencia entre ambos que el 56% de su población tenía educación primaria y la nuestra 41.62% tenían bachiller, lo que nos ayuda a confirmar que entre mayor es el nivel educativo, más adecuado es el conocimiento de pruebas de tamizaje.

## **12. CONCLUSIÓN**

Se identificó que la población estudiada tiene un adecuado conocimiento sobre las pruebas de tamizaje de patología prostática en la consulta de primer nivel de atención, las cuales incluyen la realización del tacto rectal y la medición de APE, a pesar de esto hasta 8 de cada 10 pacientes tienen una inadecuada actitud ante la realización del tacto rectal; en la mitad de ellos se encuentra una inadecuada actitud ante la presencia de la enfermedad prostática y la creencia de que si existe afectación sexual al presentarse la misma.

A mayor nivel educativo y socioeconómico, mejor fue el porcentaje en el conocimiento.

### 13. PROPUESTAS

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación, damos las siguientes propuestas:

1. Gestionar y promover la realización de campañas similares a la de Cáncer de Mama y Cáncer Cervicouterino en la Unidad, basada principalmente en la promoción y sensibilización de la población, para la realización de pruebas de tamizaje de patología prostática, la cual tome en cuenta los siguientes puntos:
  - a. Invitar al médico familiar como primer promotor de la realización de pruebas de tamizaje de patología prostática.
  - b. Sensibilizar al servicio de medicina preventiva a seguir realizando acciones de promoción a la salud y él envié con médico familiar para la realización de pruebas de tamizaje, en cada visita en su servicio con pacientes mayores de 45 años de edad.
  - c. Capacitar e involucrar al personal del área de la salud en formación (becarios y becados) para realizar sesiones educativas de promoción a la salud en las salas de espera de la unidad, sensibilizando y desmitificando las creencias sobre el tamizaje de la patología prostática.
  - d. Promocionar por todo el equipo multidisciplinario la estrategia educativa “El y Ella” realizadas por trabajo social en donde se dan pláticas sobre este tema.
  - e. Utilización del voceo institucional (conmutador) para reproducir cada determinado tiempo spots sobre la invitación a la realización de pruebas de tamizaje de patología prostática.
  - f. Realización de carteles, periódicos, murales y folletos que sean expuestos en toda la unidad como material de apoyo para la difusión de las acciones que se deben realizar los varones mayores de 45 años en la prevención, detección, mitos y realidades de la patología prostática.
  
2. Como propuesta de investigación: El realizar un estudio donde se compare el conocimiento, creencia sexual, actitudes ante el examen médico y actitud ante la enfermedad tanto en pacientes que no se han realizado pruebas de tamizaje de patología prostática, como los que ya se la realizaron, antes y después de una intervención educativa.

#### 14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Bobé AF, Buil AME, Trubat MG. Actualización en hiperplasia benigna de próstata. FMC 2014;21:261-271.
2. "Diagnóstico y Tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna" México: Secretaria de Salud, 2009.
3. Brotons MF. Hiperplasia benigna de próstata. AMF 2016;12:630-643.
4. Sotelo ML, Sánchez LC. Cáncer de próstata: guía radiológica de diagnóstico y estadificación. An Radiol Mex 2014;13:230-245.
5. Sáenz MJ, Rodríguez RG, Vázquez AD, et al. Patología prostática no tumoral. Hiperplasia prostática benigna. Prostatitis. Medicine 2015;11:4939-4949.
6. Cayetano AAA, Ramírez RJA, Sotomayor ZM, et al. Características de los casos incidentes de cáncer de próstata en los últimos 5 años en un hospital de tercer nivel en México. Rev Mex Urol 2016;76:76-80.
7. Brenes BFJ, Alcántara MA. ¿Detección precoz o cribado en la prevención del cáncer de próstata? Semergen 2017;43:100-108.
8. Jalón MA, Escaf BS, Viña ALM, et al. Aspectos actuales sobre el cribado en el cáncer de próstata. Semergen 2017;43:387-393.
9. Castillejos MRA, Gabilondo NFB. Prostate cancer. Salud Publica Mex 2016;58:279-284.
10. Durán HGA, Moreno PJ, Maldonado AE, et al. Diagnósticos histopatológicos en pacientes sometidos a procedimientos prostáticos en el Centro Médico Nacional Siglo XXI. Bol Col Mex Urol 2017;32:10-13.
11. Rubinstein E, Gueglio G, Giudice C, et al. Actualización: hiperplasia prostática benigna. Evid Act Pract Ambul 2013;16:143-151.
12. Roper WG. The prevention of benign prostatic hyperplasia (bph). Medical Hypotheses 2017;100:4-9.
13. Cortés CCM, Fiallos MLF. Caracterización sociodemográfica y patológica del cáncer de próstata, Hospital Escuela Universitario e Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras. Arch de Medi 2017;13:1-5.

14. Chen R, Sjoberg DD, Huang Y, et al. Prostate specific antigen and prostate cancer in chinese men undergoing initial prostate biopsies compared with western cohorts. *J Urol* 2017;197:90-96.
15. Fakhrudin VF, Chen WMY, Sien HHS, et al. Bening prostatic hiperplasia and male lower urinary symptoms; a guide for family physicians. *Asian J Urol* 2017;4:181-184.
16. Tatt FK. Pathophysiology of clinical benign prostatic hyperplasia. *Asian J Urol* 2017;4:152-157.
17. Sun S, Bai Y, Yang H, et al. Investigation on lower urinary tract symptoms (LUTS) in elderly patients with prostate cáncer (PC) received endocrine therapy. *Archi of Gerontol and Geriatr* 2015;60:535-537.
18. Ramírez BM, González TJ, Ortiz RIM, et al. Urinary tract symptoms and erectile function in patients at risk of prostate cancer. *Actas Urol Esp* 2015;39:360-366.
19. López RH, Gómez CP, Moreno M, et al. Guia de manejo de la hiperplasia prostática benigna. Sociedad Colombiana de Urología 2014. *Urol Colomb* 2015;24:187.e1-187.e32.
20. Garzón HJM. ¿Tiene un cáncer de próstata?. *AMF* 2014;10:326-329.
21. Méndez BAA, Pontones JAR. Relación entre el volumen prostático y el cáncer de próstata. *An Radiol Mex* 2014;13:73-78.
22. Anil AH, Canat L, Alkan I, et al. Prostate-specific antigen reduction after empiric antibiotic treatment does not rule out biopsy in patients with lower urinary tract symptoms: prospective, controlled, single-center study. *Prostate Int* 2017;5:59-64.
23. González RR, Cardentey GJ. Realización de antígeno prostático específico desde el primer nivel de atención. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2016;35:153-160.
24. Zonana NA, Figueroa TCA, Méndez MNP, et al. Biopsia de próstata en pacientes con diagnóstico clínico de hiperplasia prostática benigna y relación con el antígeno prostático específico. *Rev Mex Urol* 2014;74:141-145.
25. Morote J, Maldonado X, Morales BR. Prostate cancer. *Med Clin (Barc)* 2016;146:121-127.
26. Thiruchelvam N. Bening prostatic hiperplasia. *SURGERY* 2014;32:314-322.
27. Miñana B, Rodríguez AA, Gómez VF, et al. Treatment trends for clinically localized prostate cancer. National population analysis: GESCAP group. *Actas Urol Esp* 2016;40:209-216.

28. Vinaccia S, Fernández H, Sierra F, et al. Diseño de un cuestionario psicométrico para evaluar creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna. *Suma Psicol* 2007;14:73-92.
29. Arbeláez RJD, Montealegre HNA. Conocimientos, actitudes y practicas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana de cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2012;30(3):300-309.
30. Rodriguez MA, Benitez MMG, Dunia DMR. Evaluación del método de estratificación social Graffar-Mendez Castellano. Universidad Católica Andrés Bello. 2011:25-60.
31. Montalvo VE. "Creencias en salud sobre la detección oportuna de cáncer de próstata con la determinación de antígeno prostático en pacientes hombres de 45 a 69 años en UMF 1 Delegación IMSS Aguascalientes". Universidad Autónoma de Aguascalientes. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2014:36-49
32. Pereira DP, Motta MCSM, Griep RH. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. *Rev Latinoam Enfermagem* 2011;19:1-8.
33. Muñoz AMN, Sossa PLA, Ospina JJ, et al. Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. Santa Rosa de Cabal, 2010. *Promoción Salud* 2011; 16 (2): 147-161.
34. Muñoz CR, Rodríguez MM. Conocimientos y actitudes sobre hiperplasia benigna prostática en varones mayores de 35 años de Madrid sin enfermedad. *Nuberos Científica* 2016;3:16-20.
35. Fajardo ZA, Jaimes MG. Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años. *Rev Fac Med* 2016;64:223-228.
36. Nakandi H, Kirabo M, Semugabo C, Kittengo A, Kitayimbwa P, Maena J, et al. Knowledge, attitudes and practices of Ugandan men regarding prostate cancer. *African J Urol* 2013;19:165-170.
37. Kaur S, Rawat HCL, Mal HK. Awareness / knowledge about prostate cancer among adult men: a descriptive study. *BFUNJ* 2016;11:6-10.
38. Ogunsanya ME, Brown CM, Odedina FT, et al. Knowledge of Prostate Cancer and Screening Among Young Multiethnic Black Men. *Am J Mens Health* 2017;11: 1-11.

## 15. ANEXOS

### ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p> <p><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</b></p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	"CONOCIMIENTO, CREENCIA Y ACTITUDES EN EL RECHAZO DE TAMIZAJE DE PATOLOGÍA PROSTÁTICA EN LA CONSULTA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Puebla, Puebla. a mayo de 2018.
Número de registro:	Pendiente.
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Actualmente en nuestro país el cáncer de próstata es la primera causa de muerte por cáncer en los hombres mayores de 50 años; observando que si los pacientes se dejan hacer el tacto rectal y la toma de un análisis de sangre que se llama antígeno prostático específico, se puede llegar a detectar alteraciones en su próstata de 5 a 10 años antes de que aparezcan las molestias de un cáncer.</p> <p>El objetivo de este estudio es encontrar las causas por las cuales los hombres rechaza la realización de tacto rectal y el estudio de sangre llamado antígeno prostático.</p>
Procedimientos:	Se le realizara una encuesta, donde se le solicitaran algunos datos personales y se le hará un cuestionario de 13 preguntas relacionadas a su forma de pensar con respecto al examen de la próstata.
Posibles riesgos y molestias:	No presenta ningún riesgo ya que solo son preguntas y no se hace ningún procedimiento que pudiera poner en riesgo su salud; pero si podría usted presentar alguna molestia al contestar la encuesta, debido a que puede tomarlo como cuestiones personales que no desea decirle a nadie.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al responder esta encuesta, usted ayudara a que podamos conocer las causas por las cuales la mayoría de los hombres no se realizan estudios para saber si padecen alguna enfermedad de la próstata; y así posteriormente con esta información poder buscar la forma en que los pacientes acepten hacerse estudios y conozcan que se les puede detectar cáncer en un momento donde tenga una buena solución la enfermedad y se esté a tiempo de tomar tratamiento.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si usted desea saber el resultado del cuestionario que respondió, se le dará a conocer en forma privada, explicándole las dudas que tenga sobre el cáncer de próstata o los procedimientos que se realizan para saber si presenta esta enfermedad.
Participación o retiro:	Se podrá retirar de contestar las preguntas en cualquier momento que usted decida, sin que esto tenga repercusión en el trato o la atención que solicite en la unidad, sin ser presionado para continuar su participación, respetando siempre su decisión e información ya proporcionada.
Privacidad y confidencialidad:	Toda información otorgada será de carácter confidencial y solo será utilizada para este estudio en base a las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y



Experimentación Biomédica en Seres Humanos y los citados en los artículos 100 en los incisos I al VII y el artículo 101 de la Ley General de Salud.

En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

En caso necesario se le enviará a servicios de la unidad como son medicina preventiva, trabajo social para que lo apoyen en la aclaración de sus dudas y pueda conocer más sobre cancer de próstata.

Beneficios al término del estudio:

Usted podrá acalarar dudas sobre como se detecta un cancer de prostata y las pruebas que deben hacerle. También ayudara para saber las razones por las que los hombres no se hacen estudios de la próstata y buscar la forma en que los pacientes acudan a revisarse para disminuir la presencia de cancer de prostata.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. Eduardo Vázquez Cruz. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. Adscripción: U.M.F. No 6. Matricula 11969296. Cel. 2221541599

Colaboradores:

. Dr. Jorge Luna Galeana. Médico Residente de Medicina Familiar. Unidad de adscripción U.M.F. No 6. Matricula 98229831. Cel. 2221256820  
Dra. Akihiki Mizuki González López. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. Adscripción: U.M.F. No 6. Matricula 99300142. Cel. 2223544885  
Dr. Javier Sotomayor Tapia. Médico Familiar. Adscripción: U. M. F. No 30. Matricula 98223617. Cel. 2223693518

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

Dr. Jorge Luna Galeana  
Matricula 98229831  
Cel: 2221 256820

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**

## ANEXO 2. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTATAL 22 PUEBLA  
UNIDAD MEDICO FAMILIAR No 6  
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Numero de Seguridad Social:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**  Soltero  Unión libre  Casado  Separado / Divorciado  
 Viudo

**Escolaridad:**  Ninguna  Primaria  Secundaria  Bachiller o Preparatoria  
 Carrera técnica  Licenciatura

**Religión:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**15.1. ANEXO 3. GRAFFAR:**

Profesión del Jefe de Familia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.</li> <li>2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.</li> <li>3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.</li> <li>4. Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.</li> <li>5. Obrero no especializado, servicios domésticos, etc.</li> </ol>
Nivel de instrucción de la madre	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Universidad o su equivalente.</li> <li>2. Enseñanza técnica superior y /o secundaria completa.</li> <li>3. Secundaria incompleta o técnica inferior (cursos cortos).</li> <li>4. Educación primaria completa.</li> <li>5. Primaria incompleta, analfabeta.</li> </ol>
Principal fuente de ingresos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).</li> <li>2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc), deportistas profesionales.</li> <li>3. Sueldo quincenal o mensual.</li> <li>4. Salario diario o semanal.</li> <li>5. Ingreso de origen público o privado (subsidio)</li> </ol>
Condiciones de la vivienda	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amplia, lujosa, y con óptimas condiciones sanitarias.</li> <li>2. Amplia, sin lujos, pero con excelentes condiciones sanitarias.</li> <li>3. Espacios reducidos, pero confortables, y buenas condiciones sanitarias.</li> <li>4. Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias.</li> <li>5. Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias</li> </ol>

Total: \_\_\_\_\_

Nivel económico:

- ( ) 04-06: alto.
- ( ) 07-09: medio alto.
- ( ) 10-12: medio bajo.
- ( ) 13-16: Obrero.
- ( ) 17-20: Marginal

**15.2. ANEXO 4. ENCUESTA ARBELAEZ/MONTEALEGRE Y CUESTIONARIO CHPB:**

**CONOCIMIENTO:**

1. ¿Conoce la prueba de antígeno prostático específico y para qué sirve?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. ¿Conoce sobre el tacto rectal y para qué sirve?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

	TOTALMENTE EN DESACUERDO (1)	EN DESACUERDO (2).	INDECISO O DUDOSO (3)	DE ACUERDO (4)	TOTALMENTE DE ACUERDO (5)
<b>CREENCIA SEXUAL</b>					
3. Si me realizo la cirugía de próstata pierdo la potencia sexual.					
4. Creo que si tengo problemas de próstata me puede producir dolor en el momento de tener una erección.					
5. Si tengo mucha actividad sexual puedo sufrir de problemas de próstata.					
6. La próstata tiene que ver con mi erección.					
7. Creo que si tengo problemas de la próstata se me dificultara tener relaciones sexuales.					
8. Creo que si tuviera un problema de próstata perdería el interés sexual.					
9. Pienso que si tengo mucha actividad se puede afectar mi próstata.					
10. Pienso que si tengo problemas de próstata se afecta mi función sexual.					
11. Si presento enfermedad de la próstata, para mi significa perder potencia sexual.					
<b>ACTITUD ANTE EL EXAMEN MEDICO</b>					
12. No estoy acostumbrado al procedimiento para que se me realice un tacto rectal.					
<b>ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD</b>					
13. Sabré que tengo problemas de próstata en el momento en que me enferme					

## INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Conocimiento:
  - Adecuado: Contestar pregunta 1 y/o 2 con un SI.
  - Inadecuado: Contestar pregunta 1 y 2 con un NO.
  
- Creencia sexual:
  - Afectación sexual: 31-45 puntos.
  - Sin afectación sexual: 9-21 puntos.
  - Indeciso: 22-30 puntos.
  
- Actitud ante el examen médico:
  - Adecuada: 1 o 2 puntos.
  - Inadecuada: 4 o 5 puntos.
  - Indecisa: 3 puntos.
  
- Actitud ante la enfermedad
  - Adecuada: 1 o 2 puntos.
  - Inadecuada: 4 o 5 puntos.
  - Indecisa: 3 puntos.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación en Salud 2104 con número de registro 17 CI 21 114 137 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOETICA 21 CEI 005 2017102.  
U MED FAMILIAR NUM 6

FECHA Martes, 05 de junio de 2018.

**DR. EDUARDO VÁZQUEZ CRUZ**  
**P R E S E N T E**

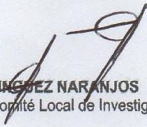
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**"CONOCIMIENTO, CREENCIA Y ACTITUDES ASOCIADAS AL RECHAZO DE TAMIZAJE DE LA PATOLOGIA PROSTATICA EN LA CONSULTA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"**

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro  
R-2018-2104-004

ATENTAMENTE

  
**DR. JOSE DOMINGUEZ NARAINJOS**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



