

PERCEPCIONES SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA EN POBLACIÓN MASCULINA MAYOR DE 45 AÑOS. SANTA ROSA DE CABAL, 2010

*María Nelcy Muñoz Astudillo**
*Luis Alfredo Sossa Pinzón***
*Jhon Jairo Ospina***
*Adrián Grisales***
*José David Rodríguez García***

Recibido en junio 24 de 2011, aceptado en octubre 11 de 2011

Resumen

Algunas percepciones sobre el cáncer de próstata en hombres mayores de 45 años fueron identificadas en Santa Rosa de Cabal (Risaralda), con el propósito de generar estrategias de promoción de la salud sobre el tema. 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. Los participantes eran en su mayoría casados (53%), procedentes del área urbana (69%), escolaridad primaria (53%), de estrato bajo (81%), régimen subsidiado de salud (73%) y religión católica (95%). De todos los entrevistados, el 76% se consideró vulnerable al cáncer de próstata si eran mayores de 60 años. Ellos identificaron los siguientes factores de riesgo: el hábito de fumar (29%), los comportamientos sexuales promiscuos (8%), la mala nutrición (5%) y la herencia (7%). El 60% consideró tener conocimientos sobre la enfermedad y el 97% era consciente de su gravedad. Un 98% de los hombres reconocían los beneficios del diagnóstico oportuno, pero solo unos pocos (27%) se habían realizado el examen. Se plantearon tres barreras para su realización: falta de conocimientos (37%), afectación de la masculinidad (33%) y dificultad en el tratamiento (94%); esto último derivado del alto costo y bajo acceso al servicio especializado. Las barreras culturales, económicas y de acceso a servicios de salud superan los beneficios percibidos con el tratamiento, lo cual se refleja en la baja intención de práctica del examen diagnóstico. Se requiere implementar estrategias de educación participativa.

Palabras clave

Salud del adulto, cáncer de la próstata, cultura, creencias, promoción de la salud, atención de enfermería.
(Fuente: DeCS, BIREME)

* Enfermera, Magíster en Enfermería. Magíster en Salud Pública. Docente Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira, Grupo de Investigadores de Enfermería de Risaralda GIER. Pereira, Colombia. Correo Electrónico: mmunoz@funandi.edu.co

** Estudiante de octavo semestre enfermería. Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira. Colombia.

PERCEPTIONS ABOUT PROSTATE CANCER IN OVER 45 YEAR OLD MALES' POPULATION IN SANTA ROSA DE CABAL, 2010

Abstract

Some perceptions about prostate cancer were identified in a group of over 45 years old men in Santa Rosa de Cabal-Risaralda, in order to generate strategies for health promotion on the subject. Descriptive study of 150 volunteer males who signed informed consent. Semi-structured interviews were conducted using 30 questions designed using the Hochbaum et al. beliefs in health model which were organized, codified and categorized. The participants were mostly married (53%), from the urban area (69%), with elementary school schooling level (53%), from lower social strata (81%), having subsidized health (73%), and belonging to the Catholic Religion (95%). 76% from the respondents were considered vulnerable to prostate cancer if they were older than 60 years. The following risk factors were identified: smoking (29%), promiscuous sexual behavior (8%), poor nutrition (5%) and inheritance (7%). Additionally, 60% of them considered they had knowledge about the disease and 97% were aware of its severity; 98% of the men acknowledged the benefits of timely diagnosis, but only a few (27%) had taken the exam. Three barriers for the implementation of the test were explained: lack of knowledge (37%), affectation of masculinity (33%), and difficulty in treatment (94%), this last one because of the high cost and low access to specialized services. Cultural, economic and access to health services barriers overcome the benefits perceived with the treatment which is reflected in the low intention to take the diagnostic test. It is required to implement participatory education strategies.

Key words

Adult health, prostate cancer, culture, beliefs, health promotion, nursing care. (Source: MeSH, NLM).

PERCEPÇÕES SOBRE O CÂNCER DE PROSTATA EM POVOAÇÃO MASCULINA MAIOR DE 45 ANOS. SANTA ROSA DE CABRAL, 2010

Resumo

Algumas percepções sobre o câncer de próstata em homens maiores de 45 anos foram identificadas em Santa Rosa de Cabal (Risaralda), com o propósito de gerar estratégias de promoção da saúde sobre o tema. Estudo descritivo com 150 homens voluntários que firmaram consentimento informado. Realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com 30 perguntas orientadas pelo modelo de credências em saúde de Hochbaum et al. Os dados se organizaram, codificaram e categorizaram. Os participantes eram em sua maioria casados (53%), procedentes da área urbana (69%), escolaridade primária (53%), estrato baixo (81%), regime subsidiado de saúde (73%) e religião católica (95%). De todos os entrevistados, 76% se consideraram vulneráveis ao câncer de próstata se eram maiores de 60 anos. Eles identificaram os seguintes fatores de risco: o hábito de fumar (29%), os comportamentos sexuais promíscuos (8%), a deficiente nutrição (5%) e a herança (7%). O 60% considerou ter conhecimentos sobre a enfermidade e o 97% era consciente de sua gravidade. Um 98% dos homens reconheciam os benefícios do diagnóstico oportuno, mas só uns poucos (27%) se haviam realizado o exame. Estabeleceram-se três barreiras para sua realização: falta de conhecimento (37%); afetação da masculinidade (33%) e dificuldade no tratamento (94%); o último derivado do alto custo e baixo acesso a serviço especializado. As barreiras culturais, econômicas e de acesso a serviços de saúde superaram os benefícios percebidos com o tratamento, o qual se refeita na baixa intenção de prática do exame diagnóstico. Requer-se fazer estratégias de educação participativa.

Palavras chave

Saúde do adulto, câncer da próstata, cultura, credências, promoção da saúde, atenção de enfermagem. (Fonte: DeCS, BIREME)

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de próstata es predominantemente un tumor que se presenta en hombres mayores (a mayor edad, es mayor la probabilidad de padecer el cáncer). La incidencia del cáncer de próstata aumenta con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo que se combinan con la tendencia de los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad (1). Desde el 2004 hasta el 2008, la edad media del diagnóstico para el cáncer de próstata fue de 67 años de edad: aproximadamente 0% antes de los 34 años; 0,6% entre 35 y 44 años; 9,1% entre 45 y 54 años; 30,7% entre 55 y 64 años; 35,3% entre 65 y 74 años, y 24,3% en hombres de 75 y más años (2).

Las estadísticas lo ubican en el quinto lugar de incidencia en el mundo (3). En Estados Unidos, el cáncer de próstata es la primera causa de cáncer y la segunda causa de muerte por cáncer en los varones mayores de 50 años. La Sociedad Americana de Cáncer estimó para el año 2011, que en ese país se realizarían 240.890 nuevos diagnósticos y que 33.720 morirían por este tumor. Entre 2004 y 2008 la edad promedio para muerte por esta causa fue de 80 años (2).

En Colombia, en el año 2000 la tasa cruda de mortalidad por cáncer de próstata fue de 9,4 x 100.000 (4). Un informe de la Presidencia de la República con motivo de la realización del Congreso Internacional de Cáncer en el 2004, planteó que cada año mueren 26.000 colombianos por cáncer, y a pesar de que el cáncer de próstata no muestra un patrón muy claro, sí se relaciona con los grandes centros urbanos donde se presentan factores de riesgo como la urbanización, la industrialización y el sedentarismo (5). Para el 2005 apareció registrada como la segunda causa de muerte en hombres mayores de 50 años (6). En el 2007 fue la principal causa de defunciones en los hombres (15,7%), seguido del cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (14%) y de estómago (9%)

(7). Aunque hasta el momento sea reconocida una prevalencia de 16 casos de este tipo de cáncer por cada 100.000 hombres, actualmente en el país no se dispone de estadísticas definitivas que indiquen la prevalencia de la enfermedad (6).

En Colombia, actualmente no existen posibilidades para comprobar a corto plazo una disminución de la incidencia o de aumentar la oportunidad de curación del cáncer de próstata; por esto, se insiste en la necesidad del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Se ha demostrado que el tratamiento en pacientes con enfermedad localizada es efectivo, por lo que la identificación de un mayor porcentaje de hombres con enfermedad localizada justifica las actividades de promoción y detección temprana. En el 2007 una valoración realizada por el Instituto Nacional de Cancerología reveló que aproximadamente se diagnosticaron 198.000 hombres, de los cuales murieron 33.000 por cáncer de próstata. Para el 2008 se estimó que morirían 40.000 personas. Estos datos muestran el incremento en la mortalidad por este cáncer (8). Las estadísticas del 2009 en Colombia mostraron que la probabilidad de padecer cáncer de próstata es de 1 por cada 6 hombres, mucho mayor en proporción al cáncer de mama, que se estimó en 1 por cada 9 mujeres (9).

La tasa de crecimiento tumoral varía, puede ser lenta o moderada y algunos pacientes tienen una supervivencia prolongada, incluso después de que el cáncer ha hecho metástasis a sitios distantes, como el hueso (3). Cuando se descubre oportunamente, tiene mayor opción de tratamiento y de sobrevivencia a largo plazo. La tasa relativa de sobrevivencia ha aumentado durante los últimos 20 años. Actualmente, entre el 67% y el 93% de los pacientes sobreviven 5 años; un 72% lo hacen por 10 años y un 53% sobreviven hasta 15 años (10).

A medida que los hombres envejecen, la próstata puede hipertrofiarse (en forma benigna) y bloquear la uretra o la vejiga, lo que puede ocasionar dificultad para orinar o interferir con la función

sexual. Los síntomas obstructivos de la hiperplasia prostática benigna o de otros problemas que afectan la glándula pueden ser similares a los del tumor maligno en estado avanzado. El cáncer de próstata tiende a ser multifocal y con frecuencia afecta la cápsula glandular, y al contrario de la hipertrofia benigna, predomina en la periferia de la glándula; ambas características (multifocal y periférico) hacen impracticable la resección transuretral. La causa del cáncer de próstata se desconoce y esto limita las acciones de prevención primaria; algunos estudios han mostrado asociación de este evento con algunos factores de riesgo como el hábito de fumar, el consumo de alimentos de alto contenido en grasa y el incremento en los niveles de testosterona (11,12).

La detección oportuna mediante antígeno prostático específico (*PSA por sus siglas en Inglés: Prostatic Specific Antigen*) y el examen digital rectal (EDR) son el principal recurso para ofrecer a la población asintomática. El PSA corresponde a una glicoproteína con un peso molecular de 28.430 daltons, codificada por un gen situado en el cromosoma 19. Es una serino proteasa (kalikreína) producida por las células glandulares y ductales prostáticas, y es secretada a los conductos de la glándula. Circula en concentraciones plasmáticas muy bajas, con una vida media entre 2,2 a 3,2 días. Cuando las concentraciones de PSA están por encima de 10 ng/ml, se considera como positiva, con una alta probabilidad de asociarse con el cáncer de próstata; por el contrario, niveles por debajo de 4 ng/ml presentan un bajo riesgo de padecer la enfermedad y se ha establecido este nivel de corte, ampliamente aceptado para indicar riesgo de cáncer de próstata (13). Desde que existe la utilización masiva del PSA, la incidencia ha aumentado favorecida por el incremento del diagnóstico temprano del tumor; el manejo quirúrgico, radioterápico (o braquiterápico) y anti-androgénico, de tipo agresivo, ha bajado hasta un 2,6% anual; la edad promedio al diagnóstico también ha bajado, y el riesgo de sufrir este cáncer es de 1 en 6 (en toda la vida) y de morir a causa de él, de 1 en 30 (14).

Respecto al examen digital rectal (EDR) es importante considerar que la consistencia prostática a la palpación cambia con la edad, existiendo además una variabilidad importante entre examinadores con distinto entrenamiento, características que hacen que el EDR sea poco reproducible. El EDR permite determinar el tamaño, la consistencia y la superficie de la glándula. La palpación por vía rectal de un nódulo prostático indurado se ha considerado tradicionalmente como sospechosa de cáncer de próstata y fue el indicador más útil antes de la llegada del PSA (6). Es frecuentemente un examen poco tolerado y rechazado por los pacientes, por lo que muchas veces no es planteado por el médico. La mejor forma de diagnosticar el cáncer de próstata es la combinación de estos dos exámenes, ya que el primero, en forma exclusiva, falla entre el 30% y el 40% de los diagnósticos y el segundo, realizado como única prueba, falla en el 20%, mientras que la asociación pierde apenas el 5% de los casos (15). En Colombia, según la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del adulto, el EDR hace parte del examen físico de los hombres mayores de 45 años (16).

A pesar de tener la opción de realizarse las pruebas diagnósticas para cáncer de próstata, no todos los hombres acceden a ella. La decisión está mediada por factores culturales como: la susceptibilidad de padecer la enfermedad, la percepción de la severidad del problema o de lo que puede significar la realización del examen (beneficios que pueden obtenerse con el examen). De igual manera, el acceso al sistema de salud presenta diferenciales que determinan una mayor vulnerabilidad social para algunos grupos, y en las mesas de trabajo de seguimiento al sector salud en Colombia se reconoce que existen inequidades importantes que favorecen a quienes viven en las ciudades y a los sectores más ricos de la población (17). Algunos estudios sobre la identidad masculina del latinoamericano muestran que los hombres prefieren servicios de salud que atiendan más objetivamente a sus demandas, tales como

farmacias y atención de emergencia que garantiza la rapidez en la resolución del problema. Mientras que la mujer busca con mayor frecuencia servicios relacionados con el control y la prevención, el hombre busca el servicio de salud motivado principalmente por la enfermedad, ligado a signos y síntomas específicos. La identidad masculina está culturalmente vinculada a la desvalorización del autocuidado y a la poca preocupación con la salud (18,19). En Colombia, el régimen subsidiado y el vinculado presentan grandes desventajas frente al contributivo; los largos tiempos de espera y los dispendiosos trámites para conseguir la consulta especializada alejan a los hombres del sistema de salud.

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

El objetivo de este estudio fue identificar las creencias sobre el cáncer de próstata en hombres mayores de 45 años, residentes en el municipio de Santa Rosa de Cabal, con el fin de orientar acciones de promoción y prevención relacionadas con el tema. Se seleccionó esta población porque existe un interés manifiesto de las directivas de la ESE Hospital San Vicente de Paúl en realizar estudios exploratorios que permitan disponer de elementos culturales útiles en el diseño de estrategias de comunicación efectiva, que contribuyan a motivar

a la población para el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno del cáncer.

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) propuesto por Hochbaum et al. en la década del 50 (figura 1) se tomó como referente conceptual para el presente estudio. Este modelo ha sido el más usado para conducir procesos de intervención e investigación en salud pública, especialmente relacionado con pruebas de tamización (20).

Modelo de creencias de salud (21,22)

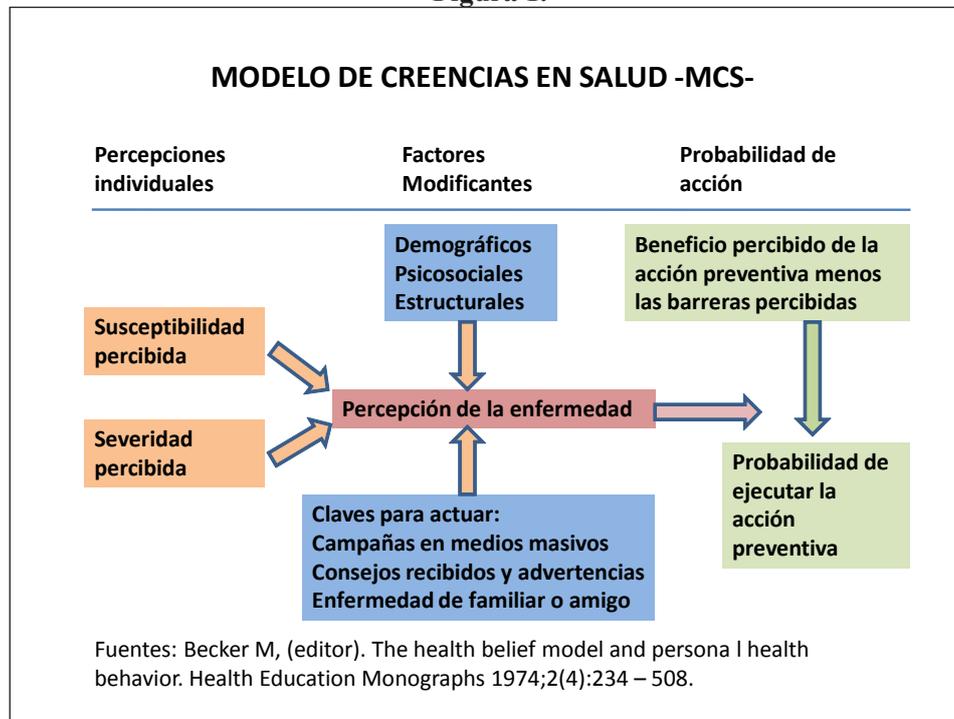
Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model. El MCS fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del Departamento de Salud Pública norteamericano, encabezado por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente, se ha adaptado para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios, los comportamientos de autocuidado en higiene bucal o el uso de tabaco.

En su origen, el MCS se basó en teorías del aprendizaje clásicas y populares; en particular, en la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que esta produzca el resultado esperado. Aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un factor importante condicionante del

comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí. El MCS es una teoría construida sobre la base de la valoración subjetiva de una determinada expectativa (value expectancy). En términos de salud, el *valor* será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la

expectativa, la creencia en que una acción posible de realizar puede prevenir o mejorar la situación. En la actualidad, como resultado de la evolución que ha tenido la teoría desde su aparición, se otorga a esa expectativa un sentido más ampliado, lo que facilita la aplicación funcional del MCS.

Figura 1.



El MCS se basa en las siguientes premisas:

- La creencia —o percepción— de que el cáncer de próstata es importante para la población o suficientemente grave como para tenerlo en consideración.
- La creencia —o percepción— de que la persona se considera vulnerable a ese problema.
- La creencia —o percepción— de que la acción que se va a tomar producirá un beneficio a un costo personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la confluencia de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían

en este caso conducentes a la realización de las pruebas diagnósticas para cáncer de próstata. La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo, la que determina su comportamiento. Aunque este aspecto es muy discutible y otras teorías sostienen que ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento, se presenta aquí una opción de explicación útil para complementarla con otras teorías, principalmente con algunos elementos de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (23) y del modelo de promoción de la salud para el cuidado holístico de enfermería planteado por Nola J. Pender (24).

En este estudio se pretende responder seis preguntas que orientan la comprensión de la temática abordada:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los participantes?
2. ¿Cuál es la susceptibilidad percibida de padecer el cáncer de próstata y el grado de severidad que le atribuyen al mismo?
3. ¿Qué percepciones tiene la población acerca de la enfermedad, sus causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento?
4. ¿Cuáles son los beneficios y las barreras percibidas frente al examen digital rectal y la toma de la muestra de sangre para buscar el antígeno prostático específico?
5. ¿Cuál es la probabilidad de que se realicen las pruebas diagnósticas?
6. ¿Cuáles son las preferencias de los participantes

respecto a las fuentes de información para actividades educativas de promoción de la salud y detección temprana del cáncer de próstata?

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Estudio descriptivo.

Población: Hombres mayores de 45 años, residentes de Santa Rosa de Cabal, orientados en tiempo, lugar y persona, aparentemente sanos.

Muestra: No aleatoria correspondiente a 150 participantes. Todos los hombres que se contactaron y abordaron aceptaron voluntariamente tomar parte en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Variables:

Dimensiones	Variables	Medición	Nº Preg.
1. Características Sociodemográficas	Edad	Intervalo	1
	Procedencia	Nominal	1
	Estado civil	Ordinal	1
	Escolaridad	Nominal	1
	Ocupación	Nominal	1
	Estrato	Nominal	1
	Régimen de salud	Nominal	1
	Religión	Nominal	1
2. Percepciones	Temas	Subtemas	Nº Preg.
Percepciones individuales	Susceptibilidad		4
	Severidad		4
Factores modificantes	Percepción de la enfermedad	Causas	1
		Síntomas	1
		Diagnóstico	2
		Tratamiento médico	1
		Cuidados tradicionales	1
		Complicaciones	1
		Claves para actuar	Acceso a información
Probabilidad de ejecutar las pruebas diagnósticas	Beneficios menos barreras	Beneficios percibidos	1
		Barreras percibidas	2
	Probabilidad de acción	Probabilidad de acción	2

Instrumento: Entrevista semiestructurada con 30 preguntas: 8 cerradas y 22 abiertas.

Técnica de recolección de información: Las entrevistas (con duración aproximada de 30 minutos) fueron realizadas directamente por los investigadores responsables del proyecto, durante los meses de febrero, marzo y abril de 2010 en el domicilio o donde el participante lo consideró pertinente: en la sala de espera del hospital, en una cafetería o en el parque central. Se trató de no interrumpir sus actividades cotidianas.

Plan de análisis de datos: La información sociodemográfica se presenta en frecuencias. Para las preguntas abiertas se utilizó un estilo de análisis cuasi-estadístico (25). Para cada pregunta se organizaron los datos, se codificaron y se categorizaron; también se establecieron frecuencias por categoría. Se reunieron las categorías correspondientes a subtemas y temas, y se describió la información. Los hallazgos se ilustraron con algunas frases de los entrevistados y se interpretaron con la directriz del modelo de creencias.

Consideraciones bioéticas: La investigación contó con el aval del Comité de Investigaciones del programa de enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina de Pereira, y del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Santa Rosa de Cabal, lugar donde se realizó el mayor número de entrevistas. Según la Resolución 8430/1993 (26) del Ministerio de Salud de Colombia, que dicta disposiciones en materia de investigación con sujetos humanos, este estudio se cataloga como de riesgo mínimo, porque el sujeto que participa tiene una probabilidad baja de sufrir algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, y se limita a tratar un aspecto sensitivo de la conducta masculina. Los participantes aceptaron colaborar de forma voluntaria, firmaron consentimiento informado, y se reservó el derecho de confidencialidad, pues la entrevista fue anónima. Los resultados obtenidos fueron presentados en las instituciones participantes. Asimismo, la población recibió información y capacitación sobre el tema en dos sesiones programadas en el Hospital, para las cuales se tuvieron en cuenta los hallazgos de la investigación.

RESULTADOS

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica.

Variables	Valores	Frec.	%	Variables	Valores	Frec.	%
Grupo de edad	De 45 a 54 años	55	36,7	Estado civil	Casado/unión libre	108	72,0
	De 55 a 64 años	34	22,7		Soltero	28	18,7
	De 65 a 74 años	36	24,0		Divorciado/viudo	14	9,3
	De 75 y más años	25	16,7		Total	150	100,0
	Total	150	100,0		Contributivo	37	24,7
Ocupación	Agricultor	33	22,0	Régimen	Subsidiado	110	73,3
	Vendedor	32	21,3		Vinculado	3	2,0
	Obrero/varios	32	21,3		Total	150	100,0
	Pensionado	26	17,3		1	64	42,7
	Conductor	19	12,7	2	57	38,0	
	Desempleado	8	5,3	Estrato	3	20	13,3
	Total	150	100,0		4	9	6,0
			Total		150	100,0	
Procedencia	Rural	47	31,3	Religión	Católica	143	95,3
	Urbana	103	68,7		Otra	7	4,7
	Total	150	100				

Percepción de susceptibilidad

Los hombres de Santa Rosa de Cabal saben que son propensos a sufrir cáncer de próstata; la gran mayoría de ellos lo perciben, pues el 76% así lo manifestó, mientras que un 24% no sabe si es propenso a este. De aquellos que conocen el tema, el 45% expresaron que el cáncer ocurre en hombres mayores de 60 años, mientras que un 25% consideran que ocurre en todas las edades. En menores porcentajes, esta enfermedad ataca a los fumadores (13%), a los promiscuos (8%), a los alcohólicos (4,7%), a los desnutridos, habitantes de la calle, obesos, que no hacen ejercicio (4%).

El riesgo de presentar cáncer de próstata no es muy claro para la población masculina estudiada. Un 41% de los entrevistados considera no tener riesgo de contraer la enfermedad debido a que tienen buena salud (79%), no son fumadores (7%), tienen buenos hábitos alimentarios (5%) o porque Dios los protege (3%). El 59% de los entrevistados que sí manifestó estar en riesgo adujo varias razones: eran mayores de 50 años (65%), eso les da a todos los hombres (17%), han fumado mucho (14%) y tienen herencia (4%).

Percepción acerca de la enfermedad

La etiología del cáncer de próstata era desconocida para los entrevistados. El 59% que expresó conocer las causas porque había escuchado hablar del tema, hizo referencia a la edad avanzada (19%), la herencia (7%), algunos hábitos como el fumar tabaco o marihuana (29%), el consumo de alcohol (22%), la falta de ejercicio (7%), la mala alimentación (2%) y algunos comportamientos como “tener muchas mujeres, hacer mucho el amor” (11%); otras razones: “Por masturbarse mucho, por no tener a diario relaciones sexuales o por falta de aseo”(2%). De igual manera, ocurrió con el conocimiento acerca de los síntomas. El 52% de los entrevistados reconoció, entre otros: sangre en la orina (32%), dolor o ardor al orinar

(25%), dificultad para la micción (18%), otros dolores (14%), salida de pus en la orina (6,5%), disminución del chorro (5%) y problemas con la erección (3%). El 48% desconocía totalmente el tema.

A diferencia de los hallazgos anteriores, el 85% de los entrevistados sí conocía las formas de diagnóstico del cáncer de próstata: el tacto rectal (69%), la prueba de sangre (28%), la radiografía o la ecografía (3%); sin embargo, la población desconocía qué se examinaba en la sangre, el 10% creía que se buscaban bacterias, virus, hongos o cálculos. Los tratamientos que identificaban con mayor frecuencia eran los medicamentos (52%), la cirugía (40%) y los rayos láser (8%).

Las expresiones del 78% de los encuestados permitieron apreciar una construcción cultural muy clara acerca de los cuidados requeridos en cada uno de los momentos de la historia natural de la enfermedad: prevención, tratamiento y curación, además de definir con claridad la dosis, la forma de consumo y el efecto esperado con cada uno de los remedios caseros. Las plantas usadas con mayor frecuencia eran: caléndula, jengibre, manzanillo, menta, albahaca, yerbamora, sábila y berenjena, que se utilizaban principalmente para calmar los síntomas inflamatorios o dolorosos.

Algunas manifestaciones que ilustran la importancia de la medicina tradicional en esta población son: “dicen que el comer sábila en ayunas es muy bueno y cura el cáncer”, “ruda en bebida, tomar seis vasos cada mes eso lo previene”, “tomar berenjena y agua de malta en ayunas cuando tenga los síntomas”, “bebidas de sauco en la noche cuando se ataque uno para orinar es sagrado eso”, “a nivel de ramas me han dicho que la caléndula es muy buena para eso”, “sirve tomar caléndula y hoja de bore en bebida: eso es bendito”, “sauco y hojas de guayabo en bebida eso es bendito”. El 22% fue contundente al rechazar cualquier opción de terapia alternativa.

Percepción de severidad

La población entrevistada percibe claramente la severidad de la enfermedad. El 97% considera que el cáncer de próstata es muy grave, produce metástasis (67%), conduce a la muerte (21%), puede haber infarto, impotencia, infecciones o se cae el pene (12%). La mayoría (79%) conoce que este cáncer es curable si se diagnostica a tiempo y así lo expresan: *“tiene cura andándole ligero”*. El resto, por su parte, considera que no tiene cura.

El 94% manifestó que el tratamiento para este cáncer es muy difícil, ya que las posibilidades para lograrlo son mínimas. Por un lado, las instituciones de salud no brindan información suficiente sobre los trámites para acceder al tratamiento y, por otro, las personas desconocen la legislación sobre la cobertura que tiene este tipo de enfermedades catastróficas y no cuentan con el apoyo de la familia. Lo expresado se evidencia en sus afirmaciones: *“Eso dicen que todo tratamiento es muy costoso... pero uno no sabe porque no le informan bien”*. *“Eso psicológicamente lo afecta a uno”*. *“Falta el apoyo de la familia”*.

Percepción sobre las pruebas diagnósticas

Así como los entrevistados perciben beneficios al realizarse el examen de próstata, tales como mantener buena salud (46%), prevenir el cáncer (26%), diagnóstico y tratamiento oportuno (20%) y tener tranquilidad (8%), también enuncian algunas barreras que les impide a los hombres hacerse examinar la próstata: por falta de información clara y suficiente (37%), por el machismo y la falta de autoestima en los hombres (33%), por temor (26%), por falta de recursos y apoyo (6%) o por creencias religiosas (1%). En sus respuestas se evidenció la gran carga cultural que tiene el machismo: *“Eso es machismo, porque yo soy hombre y eso no me lo hago porque estoy bien de salud”*, y el temor: *“Dicen que eso da mucho miedo por los resultados”*.

Al 46% le afectaría someterse al tacto rectal, porque duele el examen (51%), afecta el desempeño sexual (41%) o es incómodo (8%); mientras que al 41% de los entrevistados les es indiferente y el 13% no sabe. Al 86% no le afectaría realizarse la prueba del antígeno prostático porque es una prueba muy sencilla, pero el 9% consideró que puede causar dolor, infección o mareo y el 5% no sabe.

La relación entre beneficios y barreras percibidas frente a la realización de las pruebas para el diagnóstico de cáncer de próstata muestra que si bien los entrevistados aprecian las ventajas del diagnóstico y tratamiento oportuno, existen tres grandes barreras que tienen peso similar y son determinantes a la hora de tomar la decisión: la falta de información personalizada, el efecto negativo de la prueba sobre la masculinidad y el temor al diagnóstico.

Probabilidad de realizarse las pruebas diagnósticas voluntariamente

El 27% manifestó que se había realizado el examen rectal y lo había hecho hacía más de un año. El 73% de los encuestados expresó que no se había examinado y entre las razones que adujeron, sobresalieron: *“Eso da temor por los resultados”* (63%), *“no he tenido síntomas”* (15%), *“dicen que eso acelera el cáncer”* (5%), *“afecta la autoestima”* (12%), *“porque da dolor y pena —vergüenza—”* (5%). El 67% manifestó voluntad de realizarse el examen durante los próximos doce meses porque: *“Eso sirve para ver cómo está uno de la próstata”* (57%), *“dicen que es importante para prevenirlo”* (29%) *“porque el médico me dijo que por control”* (14%). El 33% no se realizaría las pruebas y así lo exteriorizaron: *“Tengo muy buena salud”* (70%), *“me da miedo de saber cómo me salgan los exámenes”* (14%), *“eso va contra los principios de Dios”* (4%), *“faltan conocimientos médicos”* (4%), *“produce mucho dolor”* (4%), *“no tengo edad avanzada”* (4%).

Los entrevistados coincidieron en afirmar que lo único que los obligaría a realizarse el examen de

próstata serían los síntomas específicos, como “*dificultad para orinar o retención de la orina*” (58%), “*orden médica*” (31%), “*dolor; ardor en el pene*” (8%), “*exigencia de la familia*” (2%) y “*presencia de sangre en la orina*” (1%). Es decir, la probabilidad de hacerse los exámenes voluntariamente es remota y la acción está claramente determinada por las manifestaciones sintomáticas.

Información sobre la enfermedad

El 55% manifestó total desconocimiento del tema y el 45% expresó que había recibido suficiente información a través de medios masivos de comunicación (26%), de las enfermeras (24%), de los médicos (21%), de amigos, conocidos o familiares (19%), o han leído sobre el tema (9%). El 96% de los entrevistados estuvo de acuerdo en que era necesario adquirir más conocimientos sobre el tema porque podría prevenir oportunamente el cáncer y tendría un diagnóstico eficaz.

DISCUSIÓN

Lucumí y Cabrera realizaron en Cali, en el 2003, una investigación cualitativa utilizando el MCS y obtuvieron resultados muy similares con respecto a percepciones de susceptibilidad, severidad, barreras, beneficios e intención de práctica del examen digital rectal (27). Mientras que en el estudio de Cali la predeterminación de la enfermedad, es decir, el creer que todos los hombres la sufrirán en algún momento fue una observación importante, en los hallazgos de Santa Rosa de Cabal los hombres asocian la presencia de la enfermedad a determinados factores de riesgo. Esto puede estar reflejando en parte la influencia de los procesos informativos sobre el tema —como lo expresaron los participantes—, principalmente los que tienen como fuente los medios masivos de comunicación.

En el Brasil, en el año 2010, con selección aleatoria de 160 hombres mayores de 50 años,

se investigaron las barreras en relación con los exámenes de rastreo de cáncer de próstata (28). Se encontró que más de la mitad de los encuestados ya se había realizado el examen, el 95% de ellos creía que el cáncer se podía curar si era detectado precozmente y el 56,3% consideraba que podía cursar asintomático. Diferente a esos hallazgos, en este estudio únicamente el 27% se había hecho el examen, el 79% expresó que el cáncer era curable si se realizaba diagnóstico oportuno y ninguno de los entrevistados lo consideró asintomático. Las diferencias enunciadas muestran mayor conocimiento sobre el tema e intención de práctica de las pruebas diagnósticas en los participantes del estudio realizado en el Brasil. Entre estos dos trabajos se encontraron proporciones similares entre el 33% y el 34% con respecto a que el EDR afectaba la masculinidad, que si la persona se sentía bien no era necesario hacerse las pruebas y que el diagnóstico producía temor o miedo. Mientras que en el Brasil no se menciona como barrera el acceso al sistema de salud y la falta de oportunidad en el tratamiento, en Colombia, a través de esta investigación, aparece la complejidad del sistema de salud y los costos como factores determinantes para optar por la acción preventiva.

Similarmente a los hallazgos de este trabajo, un estudio sobre las razones por las que los pacientes rechazan el tacto rectal cuando se someten a cribaje de cáncer de próstata, realizado por Romero et al. (29), concluyó que las más importantes eran la falta de síntomas del tracto urinario inferior, conceptos erróneos sobre el tamizaje de cáncer de próstata y la vergüenza, principalmente cuando se someten al examen por primera vez.

Con respecto a la percepción acerca de la enfermedad, los entrevistados tienen claridad de los síntomas obstructivos e inflamatorios que afectan el sistema urinario, pero ninguno de los participantes planteó la posibilidad de tener el cáncer de próstata sin síntomas. Esta observación permite fundamentar la necesidad de mayor educación a la población acerca del curso asintomático del cáncer.

Con respecto a prácticas de medicina tradicional, al igual que lo encontrado en este estudio, una investigación realizada en Bogotá, Colombia, en el año 2007, sobre creencias populares acerca de la curación del cáncer de próstata, permitió concluir que en algunos casos se realizan prácticas curativas complementarias utilizando extractos de plantas y sustancias extraídas de animales, fundamentadas en la fe y en los milagros (30). Estos hallazgos muestran la preservación de concepciones mágico-religiosas alrededor del proceso salud-enfermedad.

CONCLUSIONES

Aunque se reconozcan las limitantes para el modelo de creencias en salud (MCS), ampliamente descritas en la literatura, debido a que no permiten la explicación de todos los determinantes del comportamiento en salud, los hallazgos de este estudio muestran su utilidad como referente teórico válido para identificar la intención de práctica de las pruebas diagnósticas para el cáncer de próstata en hombres mayores de 45 años.

A pesar de que los resultados no puedan generalizarse a toda la población de hombres mayores de 45 años, el estudio revela que el cáncer de próstata es muy importante y, por ello, los hombres deben prestarle atención, conocer los factores de riesgo, los métodos diagnósticos, reconocer los síntomas y el tratamiento, y percibir su gravedad si no se diagnostica y trata oportunamente. Sin embargo, esta percepción no es suficiente para motivar a la población masculina mayor de 45 años a la realización voluntaria de las pruebas diagnósticas. Se plantea la obligatoriedad de las pruebas ante la presencia de síntomas específicos. Este hallazgo reafirma la importancia de educar en la condición asintomática del cáncer de próstata y en la demostración de la inocuidad del examen digital rectal.

Si bien los entrevistados manifestaron que se puede tener acceso relativamente fácil al diagnóstico del cáncer, una de las grandes barreras percibidas se

ubica en la dificultad para acceder al sistema de salud y la limitada capacidad de respuesta que se le oferta para el tratamiento: los costos son elevados, acceder a la atención especializada es difícil porque se requieren muchos trámites con la EPS y no se puede lograr el tratamiento oportuno.

Aunque las percepciones individuales favorecen la adopción de patrones de conducta que conducirían a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir la mortalidad derivada del cáncer de próstata, se aprecia un gran desconocimiento sobre la enfermedad, principalmente en lo relacionado con las pruebas diagnósticas y la sintomatología.

Los datos obtenidos en este estudio muestran que no se cumplen las tres premisas que, en conjunto, de acuerdo con el modelo de creencias, favorecen la intención de práctica del examen diagnóstico: primera, el cáncer de próstata se percibe como importante y grave, como para no tenerlo en consideración; segunda, los hombres se consideran vulnerables, y tercera, es claro que someterse al examen diagnóstico no produce beneficios evidentes, pues el tratamiento es de difícil acceso. Al no darse la concurrencia de estos tres factores no se favorece la adopción de los exámenes diagnósticos como patrones de conducta. Aunque los beneficios percibidos con el diagnóstico temprano sean altos con respecto al tratamiento oportuno, las barreras de tipo cultural, económico y el difícil acceso al tratamiento se traducen en baja intención de práctica del examen diagnóstico para detectar oportunamente el cáncer de próstata de la población de hombres mayores de 50 años del municipio de Santa Rosa de Cabal.

RECOMENDACIONES

A las entidades de salud:

- Revisar los protocolos de atención y garantizar que incluyan el componente cultural como un principio fundamental de la asistencia.

- Garantizar la oferta del servicio oportuno, tanto en diagnóstico como en tratamiento para la prevención de la mortalidad por cáncer de próstata.
- Fortalecer la interacción y la discusión de elementos culturales durante las sesiones educativas que busquen cambios de comportamiento en las poblaciones vulnerables. De acuerdo con lo expresado por Lucumí y Cabrera en Cali en el año 2003 (27), para lograr una intervención de promoción de la salud efectiva, orientada a controlar la morbimortalidad por cáncer de próstata en esta población, es necesario fortalecer el componente de información-comunicación y educación sobre el tema, trabajando con pequeños grupos, con el respeto que exige el cuidado basado en la cultura. El trabajador de la salud debe realizar una educación más personalizada, que incentive la práctica del EDR, haciendo demostraciones en simuladores sobre la forma como se realiza el examen, con suficiente dominio del tema, de tal manera que ayude a solucionar las inquietudes individuales y a eliminar prejuicios.

A los programas de educación superior encargados de formar el talento humano en salud, principalmente en medicina y enfermería:

- Fortalecer la formación en aspectos culturales y sociales con miras a que los profesionales puedan desarrollar capacidades para orientar cambios culturales en todo lo relacionado con la salud, en particular, con los hombres que son tan reacios a estos temas.
- Desarrollar prácticas formativas basadas en el cuidado cultural, que favorezcan la interacción entre los futuros profesionales y las comunidades, respeten las creencias y los valores, y apoyen la adquisición de competencias para describir, documentar e interpretar los fenómenos culturales desde la perspectiva del sujeto de cuidado.
- Proyectarse a la comunidad con acciones concretas de sensibilización hacia la práctica

del examen para detectar el cáncer de próstata, fortalecer la comunicación-información, la educación sobre las características de las pruebas diagnósticas, los derechos a disponer del servicio médico y los mecanismos para acceder al tratamiento oportuno.

Para futuras investigaciones:

- Realizar investigaciones cualitativas con entrevistas a profundidad que permitan identificar el acervo cultural de las poblaciones y la formulación de propuestas de acción social orientadas a empoderar a los hombres mayores de 45 años de su autocuidado.
- Reconocer que el comportamiento y las prácticas individuales o colectivas relacionadas con la salud son producto de la interacción de múltiples factores y variables y no pueden ser totalmente explicables con una única teoría o modelo conceptual, pues cada teoría aporta elementos que ayudan a comprender la esencia de fenómenos diferentes, desde perspectivas diferentes. Al trabajar con prácticas preventivas en cáncer de próstata se sugiere fortalecer la teoría de MCS con lo planteado por la teoría de la “autoeficacia” de Bandura (23), que en sus ejemplos expresa las posibilidades de modificar las creencias a partir de la manipulación diferencial de variables ambientales; de igual manera, con la teoría de promoción de la salud.

AGRADECIMIENTOS

A los participantes, por la espontaneidad y claridad de sus relatos; a las directivas y funcionarios del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, por el apoyo brindado durante todo el proceso investigativo; a las directivas de la Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira; y especialmente, al Programa de Enfermería y a los integrantes del Grupo GIER, por sus apreciaciones y reflexiones frente a los hallazgos de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. [en línea] 2011 Feb [citado 2011 Abr] Nota descriptiva 297. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
2. Surveillance Epidemiology and End Results. Estadísticas sobre cáncer de próstata [en línea] [citado 2011 Jun]. Disponible en URL: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>
3. Medline Plus. Centro de Consulta Estudiantil. *Cáncer de próstata*. [en línea] [citado 2010 Oct]. Disponible en URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/prostatecancer.html>
4. Escobar, J.I. Mortalidad por cáncer en Pereira. 1998-2003. *Revista Epidemiológica de Pereira* 2005 Ene-Jun; 9(1):31-9.
5. Presidencia de la República de Colombia. Cada año mueren 26.000 colombianos por cáncer. [en línea] [citado 2010 Nov]. Disponible en URL: <http://www.presidencia.gov.co/sne/2004/julio/06/06062004.htm>
6. Vargas C. Urología Oncológica. Cáncer de próstata. [en línea] [citado 2010 Oct]. Disponible en URL: http://www.susmedicos.com/art_cancer_prostata.htm
7. Colombia. Departamento Nacional de Estadística DANE. Defunciones no fatales. [en línea] [citado 2011 Feb]. Disponible en URL: <http://www.dane.gov.co>
8. Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Registro Institucional de Cáncer 1999. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 1999.
9. Colombia. Tensiómetro. [en línea] [citado 2010 Ago]. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/materialdeconsulta/Tensiometro9-1.htm>
10. Hisandherhealth . Grupo de investigación Su salud para ellos y ellas. Conocimiento de Cáncer de Próstata 2005-2007. [en línea] 2008 [citado 2010 Feb]. Disponible en URL: <http://hisandherhealth.com/prostateaware2004/espanol.shtml>
11. Instituto de Cancerología Colombiano. Documentos. [en línea] [citado 2010 Mar]. Disponible en URL: http://www.incancerologia.gov.co/documentos/8_9_2007_3_50_16_PMModelo%20Control%20del%20cancer.pdf
12. Medline plus. Enciclopedia virtual. Información de salud. Cáncer de próstata [en línea] [citado 2010 Oct]. Disponible en URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/prostatecancer.html>
13. National cancer Institute. Prostate Cancer (PDQ®): Screening [en línea] [citado 2011 Feb]. Disponible en URL: <http://www.cancer.gov/templates/doc.aspx?viewid=3bd07dce-4376-4dcb-b993-03c3dbe23e6e&version=1>
14. Cáncer de la próstata ¿nueva epidemia? [en línea] [citado 2010 Nov]. Disponible en URL: <http://www.encolombia.com/medicina/materialdeconsulta/Tensiometro9-1.htm>
15. Paiva EP, Motta MCSM, Griep RH. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serie en línea] Jan-Feb 2011 [citado 2011 Oct 26]; 19(1). Disponible en URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_11.pdf
16. República de Colombia. Resolución 00412/2000. Norma Técnica para la detección temprana de alteraciones en el adulto.
17. Seguimiento al Sector Salud en Colombia. Equidad en salud. [en línea] [citado 2011 Jun]. Disponible en URL: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=131:equidad-en-salud&catid=60:Mesas%20y%20Foros%20&Itemid=78
18. Lima AJC, Azory EB, Bastos LHC, Coutinho MM, Pereira NN, Ferreira SCC. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2002; 26(2):62-70.

19. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Colet* 2006;10(1):105-9.
20. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev FNSP* 2001; 19: 91-101.
21. Moreno E, Roales JG. El Modelo de creencias en salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y terapia psicológica [serie en línea]* 2003 [citado 2010 Nov]; (3)1: 91-109. Disponible en URL: [http:// www.redalyc.org](http://www.redalyc.org).
22. Soto MF, Lacoste MJ, Papenfuss R, Gutierrez A. El modelo de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Rev Esp. Salud Pública* 1997; 71:335-41.
23. Bandura A. The explanatory and predictive scope of self-efficacy of human thought. *Journal of Clinical and Social Psychology* 1982; (4):359-73.
24. Mariner A. Modelos y Teorías de Enfermería. Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender. Traducción al español de la 4ta edición. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
25. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos. 6ª ed. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
26. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
27. Lucumí DI, Cabrera GA. Creencias sobre examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata: hallazgos cualitativos de un estudio en Cali. *Rev. Colombia Médica* 2003; 34(3): 1491-8.
28. Pereira-P E, Salvador-M MC, Harter-Griep R. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [serie en línea]* 2011 Jan-Feb [citado 2011 Abr]; 19(1): [08 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
29. Romero F, et al. Razones por las que los pacientes rechazan el tacto rectal para el cribado de cáncer de próstata. *Arco. Esp. Urol. [serie en línea]* 2008 [citado 2011 Nov 01]; 61(6): 759-65. Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142008000600019&lng=es. Consultado Agosto 2011
30. Venegas BC, et al. Creencias populares acerca de la curación del cáncer de próstata y cervico uterino y experiencias de aplicación en pacientes de una institución de salud, Bogotá. *Rev. Col. de Enfermería* 2008 Ago; 3(3): 69-76.