UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

CONOCIMIENTOS DEL SECTOR MASCULINO SOBRE LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE NAMBIJA, ZAMORA CHINCHIPE

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA DE ENFERMERÍA

AUTORA:

Mariela Nelly Tapuy Cerda

DIRECTORA:

Lic. Estrellita Arciniega Gutiérrez, Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2017

CERTIFICACIÓN

Loja, 02 de junio del 2017

Lic. Estrellita Arciniega Gutiérrez, Mg. Sc
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración de la Tesis titulada: **"CONOCIMIENTO DEL SECTOR MASCULINO SOBRE LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE NAMBIJA, ZAMORA CHINCHIPE"**, autoría de la Srta. Mariela Nelly Tapuy Cerda, previa la obtención del Título de Licenciada en enfermería, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

.....

Lic. Estrellita Arciniega Gutiérrez, Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Mariela Nelly Tapuy Cerda**, declaro ser autora del presente trabajo de tesis titulada: **"CONOCIMIENTO DEL SECTOR MASCULINO SOBRE LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE NAMBIJA, ZAMORA CHINCHIPE",** y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contrario de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio institucional de la Biblioteca Virtual.

Autora: Mariela Nelly Tapuy Cerda

Firma .....

Número de cédula: 1500912371

Fecha: 02 de junio del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **MARIELA NELLY TAPUY CERDA**, declaro ser la autora del trabajo de titulación: **"CONOCIMIENTO DEL SECTOR MASCULINO SOBRE LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE NAMBIJA, ZAMORA CHINCHIPE"**, como requisito para optar por el grado de Licenciada en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repertorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, segundo día del mes de junio del dos mil diecisiete, firma el autor.

Firma: .....

Autor: Mariela Nelly Tapuy Cerda

Cédula: 1500912371

Dirección: Loja, calles Sucre y Lourdes

Correo Electrónico: marielita1990@outlook.com

Teléfono: (07) 2116021 Celular: 0986967934

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Lic. Estrellita Arciniega Gutierrez, Mg.Sc

TRIBUNAL DE GRADO:

Presidente del tribunal: Lic. Magdalena Dolores Villacís Cobos, Mg. Sc

Miembro: Lic. Ana Roció Granda Sarango, Mg. Sc

Miembro: Lic. Grace de Pilar Cambizaca Mora, Mg. Sc

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a mi Dios, quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a ser fuerte sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres Gabriel Tapuy y Nelly Cerda, porque gracias a ellos que con su apoyo, incondicional comprensión, amor y ayudarme en momentos difíciles con los recursos necesarios para estudiar, me han inculcado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje que he podido llegar a culminar mi carrera.

A mi esposo Fernando Jaramillo, a mi hijo Maykel, que me dan la alegría y la fortaleza necesaria para seguir adelante, han sido el motor fundamental por estar siempre presentes, acompañándome en los buenos y malos momentos me siento orgullosa que formen parte de mi vida.

Mis suegros, Fidencio y Esperanza, por su insistencia y su empuje para lograr esta meta y recordándome siempre la importancia de la misma.

Mariela Tapuy C.

AGRADECIMIENTO

Primeramente, doy gracias a Dios por darme la vida y continuar junto a mi familia que siempre han estado presentes dándome ánimos y fuerzas para seguir adelante. A la Universidad Nacional de Loja por abrirme las puertas y permitir seguir con mis estudios. A los docentes que formaron parte de mi formación académica ya que fueron un ejemplo a seguir y compartieron sus conocimientos, consejos y anécdotas. A la Lic. Estrellita Arciniega Mg. Sc por su inestimable dirección para la realización de este estudio.

Mariela Tapuy C.

ÍNDICE

CARÁTULA i

CERTIFICACIÓN..... ii

AUTORÍA..... iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN..... iv

DEDICATORIA..... v

AGRADECIMIENTO..... vi

ÍNDICE..... vii

1. TÍTULO..... 1

2. RESÚMEN..... 2

Abstract..... 3

3. INTRODUCCIÓN..... 4

4. REVISIÓN DE LITERATURA..... 7

4.1. CÁNCER DE PRÓSTATA..... 7

4.1.1. Epidemiología..... 8

4.1.2. Factores de riesgo..... 9

4.2. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO..... 10

4.2.1. Examen de digito rectal..... 11

4.2.2. Antígeno prostático específico..... 11

4.2.3. Ecografía transrectal..... 12

4.2.4. Biopsia transrectal..... 12

4.2.5. Biopsia..... 13

4.2.6. Tratamiento..... 13

4.3.CONOCIMIENTOS DE LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS..... 15

4.3.1. Teorías sobre los conocimientos frente a la enfermedad..... 15

4.3.1.1.Modelo de creencias de salud……. 15

4.3.2. Para realizar pruebas de detección temprana y consultas médicas... 17

5. MATERIALES Y MÉTODOS……. 20

6. RESULTADOS……. 22

7. DISCUSIÓN……. 24

8. CONCLUSIONES……. 26

9. RECOMENDACIONES……..... 27

10. BIBLIOGRAFÍA……..... 28

11. ANEXOS……... 30

Anexo I.- Formulario para la aplicación de encuesta……. 30

Anexo II.- Consentimiento Informado……... 31

Anexo II.- Compromiso de Confidencialidad…… 32

Anexo VI. - Evidencia del Trabajo de Campo……... 33

Anexo V.- Proyecto aprobado……. 35

Anexo VI. – Certificado de la traducción del resumen…… 36

1. TITULO:

“CONOCIMIENTOS DEL SECTOR MASCULINO SOBRE LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE NAMBIJA, ZAMORA CHINCHIPE”

2. RESUMEN

Los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata son los exámenes de detección que verifican la presencia del cáncer, antes de que la persona tenga síntomas con fines de iniciar un tratamiento temprano. El objetivo de la presente investigación fue determinar los conocimientos del sector masculino sobre los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata en la comunidad de Nambija bajo, Zamora-Chinchipe. El estudio investigativo es de tipo descriptivo, la técnica utilizada fue la encuesta, aplicada a 65 participantes voluntarios de la comunidad de Nambija Bajo. De los resultados obtenidos, el 52% desconocen sobre los diferentes métodos de diagnósticos de cáncer de próstata. Con respecto a la edad que deben realizarse los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata, el 48% manifiestan a la edad de 40 a 50 años y en lo que se refiere a las causas que dificultan realizarse los métodos de diagnósticos, el 62% manifiestan que es por falta de conocimiento, afectación de la masculinidad, por temor al diagnóstico y disminución de la respuesta sexual. Lo que demuestra que el sexo masculino aun persistan prejuicios, tabúes o criterios erróneos, con respecto a los métodos de diagnóstico, particularmente de tacto rectal, mismo que es considerado como causa de la pérdida de masculinidad.

Palabras clave: cáncer de próstata, diagnóstico, conocimiento

ABSTRACT

Diagnostic methods for prostate cancer are screening tests that check for the presence of cancer before the person has symptoms for early treatment. The objective of the present investigation was to determine the knowledge of the masculine sector on the methods of diagnosis of prostate cancer in the community of Nambija bajo, Zamora-Chinchipe. The research study is descriptive, the technique used was the survey, applied to 65 volunteer participants from the community of Nambija Bajo. Of the results obtained, 52% do not know about the different methods of diagnosis of prostate cancer. Regarding the age to be performed the methods of diagnosis of prostate cancer, 48% manifest at the age of 40 to 50 years and in regard to the causes that make difficult to perform the methods of diagnosis, 62% manifest. Which is due to lack of knowledge, affectation of masculinity, fear of diagnosis and decreased sexual response. This shows that male prejudices, taboos, or erroneous criteria are still prevalent in the male population with respect to diagnostic methods, particularly rectal examination, which is considered to be the cause of the loss of masculinity.

Key words: prostate cancer, diagnosis, knowledge

3. INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es una enfermedad heterogénea que se presenta en individuos entre las edades (55 – 69 años), con grado variable de comportamiento, agresividad, patrón metastásica y respuesta a la terapia como consecuencia del crecimiento anormal de las células de la glándula prostática y de su capacidad para invadir a otros órganos. El método de diagnóstico de cáncer de próstata son los exámenes de detección que verifican la presencia del cáncer antes de que la persona presente síntomas (Mendoza, 2013)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud OMS (2012), existen más de 412.000 nuevos casos y más de 85.000 muertes, el cáncer de próstata es el primer cáncer en las Américas en cuanto a casos nuevos y el segundo en cuanto a muertes por cáncer en hombres.

En Chile, los resultados del estudio mantienen que el control prostático tiene relación con el nivel educativo. La información sobre el cáncer de próstata fue reportada por 71% y 96% de los encuestados con educación primaria y universitaria, respectivamente. El 59% y 90% de los encuestados con educación primaria y universitaria realizaron exámenes de próstata, respectivamente (Noboa, Carolina, Badilla, Alfredo, & Reyes, 2014).

Santa Rosa de Cabal (Risaralda- Colombia), demuestran que el 60% tienen 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. (Astudillo, Pinzón, Ospina,Grisales & García, 2010)

Otro estudio realizado en Colombia (2015) se encontró que en el 12.6% de los participantes existían antecedentes de esta enfermedad; también reconocieron que la patología es frecuente en los hombres mayores, además de ser curable si se detectaba con respecto a la realización del examen, 63.4% refirió haber recibido algún tipo de información, 57.3% manifestó que conocía algo, pero no estaba seguro para qué se lo practicaba y 22.5% desconocía que existía el examen. Al precisar sobre los aspectos propios del examen, se encontró que 30.6% expresó no saber para qué se realizaba el tacto rectal y 51.95% dijo que conocía algo, pero no estaba seguro; en cuanto al antígeno prostático, el 59.9% expreso que ignoraba para qué se realizaba, el 58.1% manifestó que nunca se había realizado el examen. De los que se lo habían practicado, 40.4 % solo lo habían hecho una vez en la vida y 35.3 % expresó que se lo realizaba cada año. Quienes más se practicaron el examen fueron los hombres cuyas edades oscilaron entre 40 y 44 años y de ahí en adelante comenzó a disminuir la frecuencia (Monroy, 2015).

En nuestro país Ecuador, el cáncer más frecuente es el de próstata que ocupa el primer lugar con una tasa de 50,1%, seguido del cáncer de estómago con el 22,7%. En nuestra localidad se han atendido 35 pacientes de los cuales, el 23% han fallecido durante el primer año de seguimiento, el 46% fue diagnosticado en estadio IV (metastásico) y a edad más frecuente de representación es a partir de los 70 años de edad, siendo el adenocarcinoma la morfología más frecuente, información obtenida del registro hospitalario SOLCA (loja, 2015).

Frente a este problemática surge la necesidad de realizar el presente estudio con fines de determinar los conocimientos del sector masculino sobre los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata en la comunidad de Nambija, Zamora-Chinchipe, planteándose dentro objetivos específicos: señalar las características sociodemográfica, e identificar los conocimientos sobre los métodos de diagnóstico del cáncer de próstata.

4. REVISION DE LA LITERATURA

4.1. CÁNCER DE PRÓSTATA

Es una de las neoplasias más frecuentes en hombres a escala mundial. Para la detección temprana del cáncer de próstata la norma técnica, garantiza el acceso oportuno de calidad al diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata. El cáncer de próstata es el más frecuente, con una incidencia de 37,8 casos por cada 100.000 hombres, seguido por el cáncer de estómago, color rectal y de pulmón. Realice en etapa temprana, es decir mucho antes de padecer síntomas urinarios indicativos y los factores de riesgo: el hábito de fumar, los comportamientos sexuales promiscuos, la mala nutrición y el consumo de alcohol.

La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA, es una institución de derecho privado, cuyo fin primordial es contribuir a la campaña Nacional contra el Cáncer en la República del Ecuador. Su objetivo central radica en cumplir planes de enseñanza e investigación cancerológica en procura de lograr metas de prevención, diagnósticos, tratamientos y paliación de las enfermedades neoplásicas. SOLCA cumple sus objetivos y metas a través de una estructura sanitaria representada por núcleos y sedes distribuidas en lugares estratégicos en el país (SOLCA, 2015).

La Asociación Europea de Urología (2015)**,** afirma que la detección temprana de cáncer de próstata o cribado oportunista conlleva búsquedas de casos individuales, que son iniciadas por la persona objeto del cribado (paciente) o por su médico. El objetivo principal de ambos tipos de cribado tiene dos aspectos Reducción de la mortalidad por

Cáncer de Próstata. El objetivo no es detectar cada vez más carcinomas, como tampoco lo es la supervivencia porque se ve influida enormemente por el tiempo transcurrido desde el diagnóstico

El cáncer de próstata es una enfermedad heterogénea que se presenta en individuos de edad avanzada (55 - 69 años), con grado variable de comportamiento, agresividad, patrón metastásica y respuesta a la terapéutica como consecuencia del crecimiento anormal de las células de esta glándula y de su capacidad para invadir otros órganos. La próstata es una glándula en el aparato reproductivo masculino, que se encuentra por debajo de la vejiga y frente al recto y está formada de dos lóbulos simétricos.

4.1.1. Epidemiologia

El cáncer de próstata es el segundo tipo de cáncer más frecuentemente diagnosticado en los hombres en todo el mundo, superado solo por el cáncer de pulmón. El cáncer de próstata continúa siendo una de las patologías más frecuentes en varones, su diagnóstico es cada vez más frecuente desde la utilización del PSA (antígeno prostático específico) antígenos prostático específico como marcador tumoral, sin embargo, por ello no ha incidido en la disminución de la mortalidad. En el periodo estudiando, se han atendido 35 pacientes de las causales, el 23% ha fallecido durante el primer año de seguimiento, el 46% fue diagnosticado es estadio IV (metastásico) y la más frecuente de presentación es a partir de los 70 años de edad, siendo el adenocarcinoma la morfología más frecuente (94%).

4.1.2. Factores de riesgo

Por otro lado, Mendoza (2013), asegura que entre los factores más principales se detallan a continuación:

- Edad: la próstata es el órgano más propenso a enfermedades del cuerpo humano con el envejecimiento; 1 de 48 hombres de 40-49 años serán diagnosticados con cáncer de próstata, y 1 de 8 hombres de 60-79 años tienen riesgo de sufrir la enfermedad.
- Etnias: El riesgo estimado de la enfermedad en el curso de la vida es de 16.6% para los caucásicos y de 18.1% para los afroamericanos. El riesgo de muerte en el curso de la vida es de 3.5% y 4.3%, respectivamente.
- Antecedentes familiares: Un paciente con un pariente de primer grado de consanguinidad con cáncer de próstata tiene 2.4 veces más probabilidad de ser diagnosticado con cáncer de próstata que un hombre sin parientes afectados.
- Hormonas: los niveles elevados de testosterona y de su metabolito dehidrotestosterona, por muchas décadas de la vida, pueden aumentar el riesgo de cáncer de próstata.
- Prostatitis crónica: la inflamación crónica de la próstata puede contribuir a la carcinogénesis de la próstata, por atrofia glandular prostática focal.
- Obesidad: la cual está ligada a la agresividad y la recurrencia del cáncer de próstata en un 12% y en un 6% respectivamente.
- Dieta: la ingesta de alimentos ricos en grasa saturada aumenta el riesgo en una correlación positiva de (0.74) entre la incidencia o mortalidad por cáncer de próstata.
- El fumar: se piensa que el cadmio que está presente en el cigarrillo actúa en la mutación del gen 53 supresor del tumor y así explicar la relación entre el fumar y el

cáncer de próstata. Siempre tener en cuenta que los síntomas pueden iniciarse por otras enfermedades como hipertrofia prostática o prostatitis (inflamación de la próstata)

4.2. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

El método de diagnóstico de cáncer de próstata son los exámenes de detección que verifican la presencia del cáncer antes de que la persona tenga síntomas así poder encontrar el cáncer en un estadio temprano.

La detección oportuna mediante antígeno prostático específico PSA por sus siglas en inglés Praostatic Specific Antigen y el examen dito rectal EDR es el principal recurso para ofrecer a la población asintomática. El PSA corresponde a una glicoproteína con un peso molecular de 28,430 Dalton, codificada por un gen situado en cromosoma 19. Es un serino proteasa kalikreina 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 mediana entre 2.2 a 2,3 días. Cuando los concentrados 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 4ng ml presentan bajo riesgo de padecer la enfermedad y se ha establecido este nivel de corte, ampliamente aceptando para indicar riesgo de cáncer de próstata. Desde que existe la utilización masiva del PSA, la incidencia ha aumentado favorecida por el incremento del diagnóstico temprano del tumor, el manejo quirúrgico, radioterapia o braquiterapia 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.

El diagnóstico inicia con la anamnesis del paciente el cual puede ser asintomático o manifestara signos y síntomas de uropatia obstructiva baja que comprenden una disminución del calibre del chorro urinario o aumento de la frecuencia urinaria, dolor o ardor durante la micción, presencia hematuria macroscópica o de hematospermia, dolor en la espalda, las caderas o la pelvis que no desaparece.

Los métodos de diagnósticos son los siguientes:

4.2.1. Examen digito rectal

Consiste en un examen del recto mediante el cual el médico inserta un dedo enguantado y lubricado dentro del recto y palpa la próstata a través de la pared rectal y determinar su forma, tamaño, consistencia y busca nódulos o áreas anormales.

4.2.2. Antígeno prostático específico

Es una prueba de laboratorio que mide las concentraciones del APE (antígeno prostático específico) en una muestra de sangre. El APE (antígeno prostático específico) es una sustancia producida por la próstata que se puede encontrar en mayor cantidad en la sangre de varones que tienen cáncer de la próstata. La concentración de APE también puede encontrarse elevada en varones que sufren una infección o una inflamación de la próstata, o que tienen un HPB (un aumento de tamaño de la próstata de origen no canceroso).

Los valores de referencia específicos para la edad respecto al PSA sérico recomendados.

40 a 49 años de edad	0.0 a 2.5 ng|ml
50 a 59 años de edad	0.0 a 3.5 ng|ml
60 a 69 años de edad	0.0 a 4.5 ng|ml
70 a 79 años de edad	0.0 a 6.5 ng|ml

4.2.3. Ecografía transrectal

Es un procedimiento mediante el cual se inserta un transductor que tiene el tamaño de un dedo para examinar la próstata. El transductor se utiliza para hacer rebotar las ondas de sonido contra los tejidos internos de la próstata (ecografía). Estas ondas de sonido crean ecos, los cuales son usados por una computadora para generar una imagen denominada eco grama.

4.2.4. Biopsia transrectal de próstata guiada por ecografía

Es un procedimiento que lo realiza el imagenólogo o el urólogo para tomar muestra prostática de las diferentes regiones anatómicas guiado por un transductor durante la cual se inserta una aguja fina a través del recto hasta la próstata y se extrae una muestra del tejido prostático. El transductor del ecógrafo nos ayudara a encontrar imágenes anecoicas sugestivas de nódulos carcinomatosos y realizaremos la toma de muestra.

4.2.5. Biopsia

Un anatomopatólogo examina la muestra en busca de células cancerosas y determina la puntuación de Gleason. Esta puntuación de Gleason va desde 2 hasta 10 y describe la posibilidad que tiene el tumor para diseminarse. Cuanto más baja la puntuación, menor la probabilidad de diseminación del tumor.

4.2.6. Tratamiento

Cirugía, radioterapia y crioterapia en la enfermedad localizada, no metastásica (la radioterapia también para los objetivos paliativos); estrategias de reducción androgénica usando la orquiectomía; los antagonistas de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH), los estrógenos y los antiandrógenos, también son utilizados en las diferentes etapas de la enfermedad.

Orquiectomía: cirugía que consiste en extirpar los testículos (donde está la mayor fuente de andrógenos del cuerpo).

Inyecciones de agonistas de la LHRH: son fármacos que actúan sobre la hormona que regula la cantidad de andrógenos que producen los testículos. Los más empleados son: Goserelina (Zoladex), Triptorelina (Decapeptyl), Buserelina (Suprefact), Leuprorelina(Procrin, Eligard). Se administran mediante inyección mensual, trimestral o incluso semestral.

Bloqueo androgénico completo: combinación de agonistas LHRH con antiandrógenos que actúan sobre los receptores de andrógenos, los más usados son

Bicalutamida (Casodex) y Flutamida (Eulexin). Esta opción conlleva mayores efectos secundarios indeseables además de ser más costosa. Por otro lado, consigue un modesto beneficio en supervivencia (1-5% a los 5 años). Según las recomendaciones de la Sociedad Americana de Oncología la monoterapia con análogos LHRH y la orquiectomía son opciones aceptadas y recomendadas en el tratamiento inicial del cáncer de próstata avanzado (González , 2015).

Cirugía: Prostatectomia radical (PR**).** **-** Consiste en extraer completamente la glándula prostática, existen dos maneras de realizarla: por vía perineal o vía retropúbica. Esta última es mejor si hay que extirpar los ganglios linfáticos pélvicos antes de resecar el tejido prostático (no necesario en tumores de bajo grado). Pacientes seleccionados con cáncer localizado de bajo grado tienen 80-85% de probabilidad de permanecer libres de enfermedad a los 15 años de la cirugía. Últimamente se está desarrollando este tipo de cirugía por vía laparoscópica (recomendable sólo en centros con experiencia).

Radioterapia externa: utiliza una máquina denominada acelerador lineal que se mueve alrededor del paciente dirigiendo la radiación a la pelvis. Se administra a diario (5 días a la semana) durante 4 a 7 semanas (depende de si se utiliza sola o en combinación con braquiterapia) no requiere hospitalización.

Durante el acto quirúrgico de la prostatectomía, los ganglios linfáticos pélvicos y los tejidos vecinos pueden ser directamente evaluados para ver si hay extensión tumoral, lo que no es posible con la Radioterapia, así que los enfermos tratados con Radioterapia presentan en general estadios más avanzados de lo que se supone en la evaluación previa.

La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que la evaluación con Antígeno prostático específico (APE) y examen digital rectal (EDR), se realice anualmente, comenzando a la edad de 50 años, a los hombres que tienen al menos un niño, con una esperanza de vida de 10 años y jóvenes de alto riesgo. La información sobre los riesgos y beneficios potenciales de la intervención debe ser informada a los pacientes (Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades, 2014).

4.3. CONOCIMIENTOS DE LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS.

Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje significa recordar datos específicos (dentro del sistema educativo del cual el individuo hace parte) o la habilidad para aplicar datos específicos para resolver problemas o, incluso, emitir conceptos con la comprensión adquirida sobre determinados eventos. Los métodos de diagnóstico son los procedimientos por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica). Y se enmarca dentro de la evaluación psicológica, y supone el reconocimiento de una enfermedad o un trastorno a partir de la observación de sus signos y síntomas.

4.3.1. Teoría sobre los conocimientos frente a la enfermedad

Para efectos de comprender el comportamiento y conocimientos de los hombres ante el cáncer de próstata, a continuación, se describe una de las teorías que la explican:

4.3.1.1. Modelo de creencias de salud:

Para los estudios realizados por Muñoz, Sossa, Ospina & Rodríguez (2010) se refieren a este modelo de la siguiente manera:

El modelo de creencia en salud en siglas conocido como MCS fue originalmente desarrollado en el año 1950 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.

De forma más especifica la teoría explica la conducta del hombre ante el proceso salud-enfermedad a partir de la personalidad, y de ella se deducen las actitudes y dentro de éstas, las creencias, por ser consideradas su puerta de entrada. Los distintos tipos de creencias están influidos por diferentes condiciones personales y sociales, destacándose las religiosas, como respuesta ante situaciones de crisis existenciales, las que pueden beneficiar o no el proceso salud-enfermedad de sus poseedores.

Considerando esto, me parece un modelo propicio para entender o al menos tener una herramienta que pueda explicar alguna dinámica establecida entre el conocimiento del individuo en este caso, del sector masculino de la comunidad de Nambija bajo frente

a los métodos de diagnóstico de Cáncer de próstata utilizando esta herramienta teórica como la base. Es una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud e incluye un importante componente cognitivo/perceptivo.

El aspecto afectivo surge en la medida que se evalúa al objeto, llegando a tener estas evaluaciones diferencia en cuanto a su volumen e intensidad, estableciendo el rechazo o la aceptación correspondiente. El componente conductual está constituido por las acciones y manifestaciones, así como las afirmaciones verbales relativas a determinadas conductas.

Por otra parte, Rodríguez (2014) menciona que en esta Teoría "El auto-cuido es la práctica de actividades-conductas que las personas realizan en favor de sí mismos y su familia para mantener la vida, la salud y el bienestar".

Estos modelos pueden entonces explicar las atribuciones que se puedan designarse al proceso de salud enfermedad del punto de vista mágico-religioso y de igual manera reconocer los factores inherentes y exógenos que son parte del proceso.

Prácticas recomendadas para reducir la probabilidad de adquirir cáncer de próstata.

4.3.2. Para realizar pruebas de detección temprana y consultas médicas

La Sociedad Americana Contra El Cáncer (2016) recomienda que los hombres dialoguen con sus médicos para tomar una decisión fundamentada sobre si deben o no hacerse las pruebas de detección temprana para el cáncer de próstata. La decisión se debe tomar después de recibir la información con respecto a las incertidumbres, los

riegos y los beneficios potenciales de las pruebas de detección. Los hombres no deben hacerse las pruebas a menos que hayan recibido esta información. El diálogo con su médico sobre las pruebas de detección debe ocurrir:

- Al cumplir 50 años para los hombres con riesgo promedio de cáncer de próstata y que se espera vivan al menos 10 años más
- A la edad de 45 años en los hombres que están en alto riesgo de cáncer de próstata. Entre estos hombres se encuentran los de raza negra y aquéllos cuyos parientes de primer grado (padre, hermano, o hijo) recibieron un diagnóstico de cáncer de próstata a una edad temprana (menores de 65 años).
- A los 40 años de edad para hombres con un riesgo aún mayor (aquellos con más de un pariente de primer grado que ha tenido cáncer de próstata a una edad temprana)

Después de esta conversación, los hombres que quieran hacerse las pruebas de detección deben someterse a la prueba sanguínea del antígeno prostático específico (PSA). El tacto rectal (DRE) también se puede hacer como parte de las pruebas de detección. Si después de esta conversación, un hombre no puede decidir si las pruebas son adecuadas para él, la decisión de usar las pruebas de detección puede tomarla el médico, quien debe tomar en cuenta las preferencias y los valores del hombre, así como su condición general de salud. Si no se encuentra cáncer de próstata como resultado de pruebas de detección, el periodo de tiempo entre futuras pruebas depende de los resultados de la prueba sanguínea de PSA antígeno prostático específico:

- Es posible que los hombres que optan por hacerse las pruebas y que tienen un PSA de menos de 2.5 ng/mL, sólo necesiten someterse a la prueba cada dos años.

- Para los hombres con un nivel de PSA de 2.5 ng/ mL o más, las pruebas se deben hacer cada año.

Debido a que el cáncer de próstata a menudo crece lentamente, las pruebas no se deben ofrecer a los hombres que no presenten síntomas de este cáncer y que no tengan una expectativa de vida de 10 años, ya que probablemente no se beneficiarán de las pruebas. La condición general de salud y no sólo la edad, es importante al momento de tomar las decisiones sobre las pruebas de detección. Aun cuando se haya tomado una decisión sobre las pruebas, la conversación sobre las ventajas y las desventajas de las mismas se debe repetir a medida que surja nueva información sobre los beneficios y los riesgos de las pruebas. También se necesitarán más conversaciones para tomar en cuenta los cambios que surjan en las preferencias, los valores y la salud del hombre

Por último, para la apreciación de Rodríguez & Vela (2016) resaltan que:

Según el Instituto Urología y Medicina Sexual aconseja que todos varones mayores de cuarenta y cinco años revisen anualmente su próstata para descartar la presencia de un cáncer de próstata. El diagnóstico precoz del cáncer de próstata depende básicamente del PSA y tacto rectal

5. MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio.

La investigación realizada es de tipo descriptivo de corte transversal.

Lugar de estudio.

La investigación se desarrolló en la comunidad de Nambija Bajo perteneciente a la provincia de Zamora Chinchipe parroquia Cumbaratza, ubicada a 15 kilómetros de distancia de la cabecera provincial cuidad de Zamora, al margen izquierdo a orillas del Rio Zamora, conectado por el eje vial troncal amazónica; limita al Norte con la parroquia Guadalupe, al Sur con la parroquia Timbara y San Carlos de las minas, al Este con el cantón Centinela del Cóndor y la parroquia San Carlos de las minas y al Oeste con las parroquias de Guadalupe, sabanilla y Zamora.

Población y muestra.

El universo constituye 493 pobladores de sexo masculino que habitan en la comunidad de Nambija bajo. Las muestras conforman 65 personas del sexo masculino que voluntariamente decidieron participar en la investigación.

Criterios de inclusión

- Residentes en la zona por más de dos años
- Que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterio de exclusión

- Hombre que padecen de cáncer.
- Hombres que reciban tratamiento oncológico.
- Personas que no hayan firmado su consentimiento.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento un formulario que incluye preguntas relacionadas a las características sociodemográfico y conocimientos de los métodos de diagnósticos.

Presentación de resultados

Los resultados son presentados en tabla para el análisis correspondiente mediante la utilización de los programas de Word y Excel 2013.

6. RESULTADOS

Tabla N.- 1

Características sociodemográficas del sector masculino de la comunidad de Nambija Bajo- Zamora Chinchipe

CARACTERISTICAS	ESCALAS	f	%
Edades	40 – 49	29	45%
	50 años y mas	36	55%
Nivel de educación	Primaria	38	59%
	Secundaria	23	35%
	Superior	4	6%
	Ninguno	0	0%
Estado civil	Soltero	2	3%
	Casado	35	54%
	Unión libre	22	34%
	Divorciado	0	0%
	Viudo	6	9%
Número de hijos	1	5	8%
	2 a 3	23	35%
	3 o mas	37	57%
Ocupación	Agricultor	32	49%
	Minero	10	16%
	Chofer	6	9%
	Vendedor de ambulante	4	6%
	Albañil	2	3%
	Comerciante	2	3%
	Ganadería	6	9%
	Desempleado	2	3%
	Jubilado	1	2%
Religión	Católico	63	98%
	Testigo de jehová	2	2%
	Evangélico	0	0%
	No religioso	0	0%
TOTAL		65	100%

Fuente: Encuesta a la comunidad masculina de Nambija- Zamora Chinchipe.
Elaborado por: Mariela Nelly Tapuy Cerda

Análisis:

Según los resultados el mayor número de participantes son adultos mayores de 50 años, escolaridad de primaria, casados, con 3 hijos o más, la mayoría de los hombres se dedican a la agricultura, la minería y la ganadería y son de religión católica.

Tabla N.- 2

Conocimiento de los métodos de diagnóstico del cáncer de próstata de la comunidad de Nambija Bajo- Zamora Chinchipe

INDICADORES	Si		No	
Métodos de diagnóstico del cáncer de próstata	**f**	**%**	**f**	**%**
Tacto digito rectal	17	26.00%	19	29.00%
Antígeno Prostático específico	6	9.00%	11	17.00%
Biopsia	8	13.00%	4	6.00%
TOTAL	31	48.00%	34	52.00%
Edad y la frecuencia a la que se deben realizar los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata				
40-50 años	31	48.00%	28	43.00%
51 años a más	2	4.00%	3	5.00%
TOTAL	33	52.00%	31	48.00%
Causas que dificultan realizarse los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata				
Falta de conocimiento	4	6.00%	16	25.00%
Afectación de la masculinidad	7	11.00%	9	14.00%
Por temor al diagnóstico de cáncer de próstata	8	12.00%	7	11.00%
Disminución de la respuesta sexual	6	9.00%	8	12.00%
TOTAL	25	38.00%	40	62.00%

Fuente: Encuesta a la comunidad masculina de Nambija- Zamora Chinchipe.
Elaborado por: Mariela Nelly Tapuy Cerda

Análisis

De los resultados obtenidos, el 52% desconocen sobre los diferentes métodos de diagnósticos de cáncer de próstata. Con respecto a la edad que deben realizarse los métodos de diagnóstico el 48% manifiestan a la edad de 40 a 50 años y en la que se refiere a las causas que dificultan realizarse los métodos de diagnósticos el 62% manifiestan que es por falta de conocimiento, afectación de la masculinidad, por temor al diagnóstico y disminución de la respuesta sexual.

7. DISCUSIÓN

El cáncer de próstata es una enfermedad heterogénea que se presenta en individuos de edad avanzada (55 - 69 años), con grado variable de comportamiento, agresividad, patrón metastásico y respuesta a la terapéutica como consecuencia del crecimiento anormal de las células de esta glándula y de su capacidad para invadir otros órganos.

En el presente estudio se determinó que el 55% de la población investigada se encuentra en 50 años y más; el 59% tiene el nivel de educación de Primaria; el 54% son de estado civil Casado; el 57% tiene entre 3 y más número de hijos, el 49% son de ocupación Agricultor; y el 98% son de religión católico. En un estudio realizado por Muños, Pinzón, Ospina, Grisales y García (Colombia 2010), sobre las características sociodemográficas 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%). Que muestra una semejanza significativa encontrada en el estudio.

Con respecto a los conocimientos sobre los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata se determinó que el 52% desconocen sobre los diferentes métodos de diagnósticos de cáncer de próstata. En lo concerniente a la edad que deben realizarse los métodos de diagnóstico el 48% manifiestan a la edad de 40 a 50 años; y respecto a las causas que dificultan realizarse los métodos de diagnósticos, el 62% manifiestan que es por falta de conocimiento, afectación de la masculinidad, por temor al diagnóstico y disminución de la respuesta sexual

Resultados que se relacionan a los encontrados por otros autores que refieren que el 48% desconocen sobre los exámenes de diagnóstico de cáncer de próstata y solamente

el 29% conoce sobre el examen digito rectal (Noboa, Carolina, Badilla, Alfredo, & Reyes, 2014).

Según el estudio de (Monroy, 2015) del total de hombres que participaron en una investigación, el 58.1% manifestó que nunca se había realizado el examen. De los que se lo habían practicado, 40.4% solo lo habían hecho una vez en la vida y 35.3% expresó que se lo realizaba cada año. Quienes más se practicaron el examen, fueron los hombres cuyas edades oscilaron entre 40 y 44 años y de ahí en adelante comenzó a disminuir la frecuencia.

Lo que demuestra que en el sexo masculino aún persistan prejuicios, tabúes o criterios erróneos, con respecto a los métodos de diagnóstico, particularmente del tacto rectal, mismo que es considerado como causa de la pérdida de masculinidad.

8. CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas de la población en estudio son mayores de 50 años, estado civil casados, con más de 3 hijos, nivel de educación primaria, dedicados más del 50% a la agricultura y de religión católica.

- Los resultados obtenidos sobre los conocimientos del sector masculino sobre los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata de la comunidad de Nambija demuestran que el 52% desconocen sobre los diferentes métodos de diagnósticos; el 48% refieren que a la edad de 40 a 50 años deben realizarse los exámenes para diagnóstico de cáncer de próstata; y en lo que se refiere a las causas que dificultan realizarse los métodos de diagnósticos el 62% señalan que es por falta de conocimiento, afectación de la masculinidad, por temor al diagnóstico y disminución de la respuesta sexual.

9. RECOMENDACIONES

- Al personal del Ministerio de Salud Pública fortalecer las intervenciones en prevención del cáncer de próstata, particularmente con charlas educativas en los métodos de diagnóstico.
- Incentivar a la comunidad masculina del sector a informarse y capacitarse para un diagnóstico temprano del cáncer de próstata, con miras a mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

10. BILBLIOGRAFIA

Albelaez R, J. D., & Montelegre H, N. A. (2012). Conocimientos, actitudes y practicas sobre los examenes utilizados en la deteccion temprana del cáncer de próstata en loa hombres de dos comunas de Medellín . *Facultad Ncional de Salud Pública*, 300-309.

American Urological Association. (2015). *lo que los hombres deben saber sobre la prueba de cancer de prostata.* Obtenido de https://www.auanet.org/common/pdf/advocacy/grassroots-toolkits/DPCWhatMenShouldKnow-SP.

Asociacion Europea de Urologia . (2010). *http://www.aeu.es/userfiles/Guias_Bolsillo_AUE.pdf.*

Astudillo, M. N. M., Pinzón, L. A. S., Ospina, J. J., Grisales, A., & García, J. D. R. . (2010). Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. Santa rosa de cabal. *Promocion de la salud*, 147 - 161.

González , A. A. (2015). Cancer de Prostata.loja, S. n. (2015). *Registro hospitalario Boletin N 01.* LOJA.

Heidenreich (presidente), M. Bolla, S. Joniau, M.D. Mason, V. Matveev, N.Mottet, H-P. Schmid, T.H. vanderKwast, T. Wiegel, F. Zattoni.Guía clínica sobre el cáncer de próstata. *EuropeanAssociation of Urology* 2010

Lucumí, C. D. I., & Cabrera, A. G. A. (2005). Creencias de hombres de Cali, Colombia, sobre el examen digital rectal: hallazgos de un estudio exploratorio Beliefs of menfrom Cali, Colombia, about digital rectal examination. *Cad. Saúde Pública*, *21*(5), 1491-1498.

Mendoza, L. (2013). *Cancer de Prostata.*

Morote R, J., (2009). Impacto del cribado del cáncer de próstata sobre la mortalidad. *Actas Urológicas Españolas*, *33*(6), 619-620.

Nodal Laugart, R. L., Rodriguez Ardi, M., Tamayo Tamayo, I., & Dominguez Fabars, A. (2011). responsabilidad individual en la deteccion temprana de cncer de prostata. *Medisan*.

Plan Nacional del Buen Vivir. (2013-2017). Obtenido de http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion.

Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades. (2014). Diagnóstico y Tratamiento de Cancer. *Consensos de Enfermedades Oncológicas*.

Salud de Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador S.A. (abril de 2015). Obtenido de https://www.saludsa.com/vivesaludtotal/index.php/cancer/el-cancer-en-el-ecuador/423-el-cancer-en-el-ecuador.

Seguro Social , C. (2011). Proyecto Fortalecimiento Atención Integral de Cáncer. *Guía de Atención del Cáncer de Próstata*.

SOLCA, S. d. (2015). Cancer de próstata. Recuperado de: *www.solcaloja.med.ec*.

Sociedad de Lucha contra el Cáncer. Registro de tumores. 2015 instituto del Cáncer SOLCA Loja. Dispone en: http://www.institutodelcancer.med.ec/index_archivos/variaciones.htm.

Ugarte, A., & Jezdic, S. (2012). Fundación contra el Cancer. *Guia para pacientes*, www.fundacioncontraelcancer.org

11. ANEXOS

Anexo I.- Formulario para la aplicación de encuesta

UNIVERSIDAD DE NACIONAL DE LOJA
AREA DE SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO I

Formulario asignado a la recolección de datos proyecto de "Conocimientos del sector masculino sobre los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata en la comunidad de Nambija, Zamora-Chinchipe"**.** Realizado por Mariela Tapuy.

ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Formulario N°..... Fecha: ……

Datos personales

Edad_____ Estado civil_____
Nivel de educación_____ Religión_____
Ocupación:_____
Hijos Si: ☐ No: ☐ Cuantos_____

A continuación, una serie de preguntas que tiene el objetivo de explorar sus Conocimientos sobre los métodos de diagnósticos que se utilizan para detectar Cáncer de próstata, marque con una x la respuesta que considere conveniente.

1. ¿Conoce sobre el cáncer de próstata?

   a) Si ☐
   b) No ☐

2. ¿Conoce a qué edad se debe realizarse los exámenes de diagnóstico de cáncer de próstata?

   a. 40 a 50 ☐

   b. 51 a más ☐

   c. No se ☐

3. ¿Conoce con qué frecuencia debe realizarse los exámenes de diagnóstico de cáncer de próstata?

   a) Si ☐
   b) No ☐

4. ¿Conoce los exámenes de diagnóstico de cáncer de próstata?

   A) Si: ☐ B) No: ☐

   ¿Qué causan?

   - Falta de conocimientos ☐
   - Afectación de la masculinidad ☐
   - Por temor al diagnóstico de cáncer de próstata ☐
   - Disminución de la respuesta sexual ☐

GRACIAS POR SU TIEMPO

Anexo II.- Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO II

N$^{ro.}$ ___

Proyecto "Percepciones del sector masculino sobre los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata en la comunidad de Nambija, Zamora-Chimchipe"

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, …… con número de cédula ……,mediante la firma de este documento, doy mi autorización para participar de manera voluntaria en la investigación que tiene como proposito conocer**"Conocimientos del sector masculino sobre los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata en la comunidad de Nambija, Zamora-Chimchipe"**de la misma manera se ma ha informado que este estudio no implica ningun riesgo para la salud y los resultados eran utilizados para ampliar el campo del conocimiento.

Mi participacion consiste en responder una serie de preguntas de la encuesta, cuyos datos proporcionados por mi seran confindeciales sin que exista la posiblidad de identificacion individual, tambien estoy consciente que puedo dejar de participar en el estudio de esta investigación si asi lo decido en el momento, sin que se origine ningun problema.

El estudiante de la licenciatura en Enfermería, Mariela Nelly Tapuy Cerda, me ha informado de ser ella quien se responsabiliza de este estudio , el cual esta realizado como medio para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería.

_____

Firma del aceptado

Nambija bajo, _____ del 2016

Anexo III.- Compromiso de Confidencialidad

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO III

Proyecto **"Conocimiento del sector masculino sobre los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata en la comunidad de Nambija, Zamora-Chimchipe"**

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimados señores

La investigación del estudio para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

El estudiante de la licenciatura en Enfermería, Mariela Nelly Tapuy Cerda, me ha informado de ser ella quien se responsabiliza de este estudio, el cual esta realizado como medio para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería.

……..

Firma

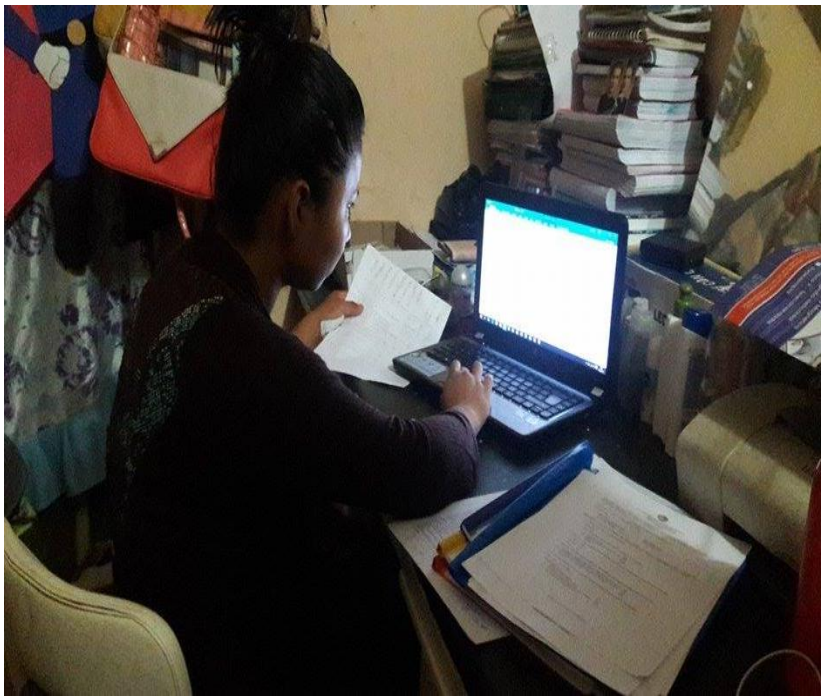
Anexo IV. - Evidencia del Trabajo de Campo

ACTIVIDADES. - aplicando la encuesta a uno de los voluntarios que accedió a dar la información requerida y realizando la tabulación de las encuestas aplicadas.

Fecha. - 20 de noviembre del 2016

ACTIVIDAD. - Una vez tabulada obtenida la información se ingresó los datos en el programa de Word Excel.

Fecha.- 16 de noviembre del 2016



Anexo V.- Certificado de la traducción del resumen

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

C E R T I F I C A:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: *"CONOCIMIENTOS DEL SECTOR MASCULINO SOBRE LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE NAMBIJA, ZAMORA CHINCHIPE"*, autoría de la alumna Mariela Nelly Tapuy Cerda, con Cédula de Identidad No 1500912371, egresada en la Carrera de Enfermería, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada, hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 31 de mayo de 2017

"FINE - TUNED ENGLISH" CIA. LTDA. LOJA - ECUADOR

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

Anexo VI. - Proyecto Aprobado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE TESIS

TEMA.

CONOCIMIENTOS DEL SECTOR MASCULINO SOBRE LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE NAMBIJA, ZAMORA CHINCHIPE

AUTORA:

Mariela Nelly Tapuy Cerda

DOCENTE:

Lic. Magdalena Villacís Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2016-2017

12. TEMA:

CONOCIMIENTOS DEL SECTOR MASCULINO SOBRE LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COMUNIDAD DE NAMBIJA, ZAMORA CHIMCHIPE

b. PROBLEMATICA:

En el presente trabajo de investigación la temática tiene relación con el plan nacional del buen vivir en cuanto a la salud encontramos en el objetivo 3.- Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social**.** En el contexto habitad sustentable, dentro del eje es laSalud en los cuales se plantea objetivos para mejorar la calidad de vida de la población masculina, con una meta propuesta determinar percepciones sobre los métodos de diagnóstico en cáncer de próstata en la comunidad masculina(Plan Nacional del Buen Vivir, 2013-2017).

En Ecuador quince de cada cien muertes se producen a causa del cáncer. En el 2013, se estima que se presentaron 134,9 casos de cáncer en mujeres y 125,9 casos en hombres por cada 100.000 habitantes, según proyecciones del Registro Nacional de Tumores. Entre hombres, el cáncer de próstata es el más frecuente, con una incidencia de 37,8 casos por cada 100.000 hombres, seguido por el cáncer de estómago, colorrectal y de pulmón.

El cáncer es un problema de salud mundial, cuyas tasas de incidencia y mortalidad varían de país en país, ocupando el primer lugar en incidencia los Estados Unidos con 300000 casos cada año. En Ecuador se registra 49 casos por cada 100.000 habitantes, ocupando el puesto 32 a nivel de Latinoamérica según datos obtenidos de la

Sociedad de lucha contra el Cáncer (SOLCA), 2015(Salud de Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador S.A., 2015).

Detección temprana del cáncer de próstata mediante el PSA (Antígeno Prostático Específico), se ha producido un aumento de la incidencia del 70% y una reducción en la mortalidad cercana al 40% observando una disminución del 75% de las metástasis en el momento del diagnóstico. De cada 1000 pacientes en los cuales se realizó la detección, en 96 se diagnosticó cáncer de próstata y 4 fallecieron (0.037x1000). De cada 1000 pacientes en los cuales no se realizó la detección, en 60 se diagnosticó cáncer de próstata y 5 fallecieron (0.042x1000). Esto significa una mortalidad un 20% menor en los pacientes que han realizado la detección. La detección temprana del cáncer de próstata mediante el examen urológico (tacto rectal) y análisis de PSA conlleva el beneficio de poder realizar un tratamiento temprano y potencialmente curativo, pero la secuencia diagnóstica, con biopsia prostática para certificar el diagnóstico y las terapéuticas radicales subsiguientes (prostatectomía radical, radioterapia, braquiterapia), tienen riesgos significativos y secuelas que afectan la calidad de vida.

En nuestro país, el cáncer más frecuente es el de próstata que ocupa el primer lugar con una tasa de 50,1%, seguido del cáncer de estómago con el 22,7%. En nuestra localidad se han atendido 35 pacientes de los cuales, el 23% han fallecido durante el primer año de seguimiento, el 46% fue diagnosticado en estadio IV (metastasico) y a edad más frecuente de representación es a partir de los 70 años de edad, siendo el adenocarcinoma la morfología más frecuente, información obtenida del registro hospitalario SOLCA(loja, 2015).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud OMS (2012), existen más de 412.000 nuevos casos y más de 85.000 muertes, el cáncer de próstata es el primer

cáncer en las Américas en cuanto a casos nuevos y el segundo en cuanto a muertes por cáncer en hombres.

En relación con la mortalidad, el Caribe ocupa el primer lugar de mortalidad a nivel mundial por cáncer de próstata. El resto de las regiones del continente americano se ubican en la sexta posición correspondiendo a Sudamérica y la novena y décima a Norte y Centroamérica respectivamente.(Seguro Social , 2011)

En Colombiarealizaron 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. Realizaron los hallazgos de este estudio donde 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(Muñoz Austidillo, Sossa Pinzon, Ospina, Grisales, & Rodriguez Garcia, 2010).

En Medellín se realizó 83 encuestas en 14 clubes de vida de las comunas dos y cuatro de Medellín. El 68,7% de los participantes presentaron conocimientos adecuados; el 43,4%, actitudes adecuadas; y el 38,6%, prácticas adecuadas. Se observó que la posibilidad de que los hombres tuvieran actitudes adecuadas con conocimientos 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 0,8 veces (IC 95% = 1,2-2,7) más que en los hombres con actitudes inadecuadas. El cáncer de próstata se destaca como el de primera localización entre los tumores malignos en el sexo masculino en la ciudad y que no se dispone de estudios que aborden los conocimientos, actitudes y prácticas sobre exámenes de tamización en el cual se busca concientizar a los hombres adultos como un problema importante de salud pública,(Albelaez R & Montelegre H, 2012).

En Santiago de Cuba realizaron un estudio en 48 hombre mayores de 50 años el 85,4 % admitieron no haberse sometido a exámenes para garantizar el diagnóstico temprano de ese tipo de tumor o descartar su presencia; mientras que solo 5 de ellos pudieron identificar estas pruebas y 16,7 % no emitió criterio alguno. Los restantes reconocieron indistintamente el PSA o la exploración física de la glándula. Con referencia a los síntomas característicos de esta afección, 43,7 % identificó la anemia, la hematuria, así como el dolor al orinar y defecar. En cuanto al lugar donde podían dirigirse para informarse sobre esta afección, 8,3 % señaló el consultorio médico de la familia(Nodal Laugart, Rodriguez Ardi, Tamayo Tamayo, & Dominguez Fabars, 2011).

En Colombia diligenciaron 267 cuestionarios, la mayoría de los participantes eran menores de 55 años (61,5%), carecían de educación secundaria o superior (62,0%), pertenecían al estrato socioeconómico bajo (61,0%) y estaban afiliados al SGSSS (65,3%). Al explorar sobre barreras para la realización del examen digito rectal (EDR),

210 participantes (81,0%) percibieron alguna, principalmente de tres tipos: bajo autocuidado (29,0%), desarrollo asintomático de la enfermedad (14,0%) e incomodidad del examen (14,0%). De otro lado, los principales beneficios identificados por 253 de los participantes (98,0%) fueron la tranquilidad de saber que no tienen la enfermedad (46,0%), seguido por considerar que el examen digito rectal (EDR), previene el cáncer (30,0%). Con respecto a la información, 51,0% de los hombres dijo no haber recibido información con respecto al cáncer en la próstata y 53,0% no había recibido información relacionada con el examen digito rectal (EDR); 40,0% dijo no tener información sobre ninguno de los dos aspectos. Para los 159 hombres (60,0%) que dijeron haber recibido información sobre la enfermedad, el examen digito rectal (EDR) o ambos, el personal de salud y los medios de comunicación fueron las principales fuentes. Se encontraron diferencias significativas entre intención de práctica y afiliación al sistema de salud, percepción de severidad de la enfermedad y percepción de barreras dado el bajo antecedente e intención de práctica del examen, los resultados podrían contribuir a mejorar las estrategias para incrementar su práctica a nivel local(Lucumí Cuesta & Cabrera Arana).

Despues de las evidencia cabe recalcar que los hombres ante los examenes de prostata para una deteccion tempra o prevención de cancertienen un pensamiento negativo en las cuales incluye el conocimiento de la enfermedad por ello es importante conocer nivel de escolaridad, sociodemografica, estado civil, etc.

De acuerdo a la problemática y evidencia cientifica que se estudio y analizo se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los conocimientos sobre los métodos de diagnósticos de cáncer de próstata en la comunidad masculina de Nambija, Zamora Chinchipe?

c. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de próstata es una de las neoplasias más frecuentes en hombres a escala mundial. Para la detección temprana del cáncer de próstata la norma técnica, garantiza el acceso oportuno de calidad al diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata.

Entre los ecuatorianos varones, el cáncer más frecuente es el de próstata que ocupa el primer lugar con una tasa de 50,1%, seguido del cáncer de estómago con el 22,7%, *European Association of Urology* (2012). En Ecuador quince de cada cien muertes se producen a causa del cáncer. En 2013, se estima que se presentaron 134,9 casos de cáncer en mujeres y 125,9 casos en hombres por cada 100.000 habitantes, según proyecciones del Registro Nacional de Tumores.

El cáncer de próstata es el más frecuente, con una incidencia de 37,8 casos por cada 100.000 hombres, seguido por el cáncer de estómago, color rectal y de pulmón. Debido a que es una de las patológicas más frecuente en los hombres, es importante identificar los conocimientos de la población masculina sobre la utilización de los exámenes de próstata más adecuados para que su diagnóstico sea certero y se realice en etapa temprana, es decir mucho antes de padecer síntomas urinarios indicativos y los factores de riesgo: el hábito de fumar, los comportamientos sexuales promiscuos, la mala nutrición y el consumo de alcohol.

La función de enfermería dentro del campo promueve el desarrollo de programas educativos de salud en la comunidad por tal razón el proyecto se justifica para desarrollar programas en la detección oportuna de cáncer en la comunidad masculina.

Los conocimientos sobre los métodos de diagnóstico permiten recibir atención temprana para diagnóstico y tratamiento oportuno disminuyendo las razones de mortalidad por esta causa.

d. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar los conocimientos del sector masculino sobre los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata en la comunidad de Nambija, Zamora-Chimchipe

- **Objetivos específicos**
    - Señalar las características socio demográfico de la comunidad masculina del barrio Nambija bajo.
    - Reconocerlos conocimientos sobre los métodos de diagnóstico del cáncer de próstata.

e. MARCO TEORICO

CONTEXTO GENERAL

La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA, es una institución de derecho privado, cuyo fin primordial es contribuir a la campaña Nacional contra el Cáncer en la República del Ecuador. Su objetivo central radica en cumplir planes de enseñanza e investigación cancerológica en procura de lograr metas de prevención, diagnosis, tratamientos y paliación de las enfermedades neoplásicas. SOLCA cumple sus objetivos y metas a través de una estructura sanitaria representada por núcleos y sedes distribuidas en lugares estratégicos en el país(SOLCA, 2015).

La Asociación Europea de Urología**,** afirma que la detección temprana de cáncer de próstata o cribado oportunista conlleva búsquedas de casos individuales, que son iniciadas por la persona objeto del cribado (paciente) o por su médico. El objetivo principal de ambos tipos de cribado tiene dos aspectosReducción de la mortalidad por Cáncer de Próstata. El objetivo no es detectar cada vez más carcinomas, como tampoco

lo es la supervivencia porque se ve influida enormemente por el tiempo transcurrido desde el diagnóstico(American Urological Association, 2015).

CONTEXTO ESPECÍFICO

1. Cáncer de Próstata

El cáncer de próstata es una enfermedad heterogénea que se presenta en individuos de edad avanzada (55 - 69 años), con grado variable de comportamiento, agresividad, patrón metastásica y respuesta a la terapéutica como consecuencia del crecimiento anormal de las células de esta glándula y de su capacidad para invadir otros órganos. La próstata es una glándula en el aparato reproductivo masculino, que se encuentra por debajo de la vejiga y frente al recto y está formada de dos lóbulos simétricos.

Epidemiologia

El cáncer de próstata es el segundo tipo de cáncer más frecuentemente diagnosticado en los hombres en todo el mundo, superado solo por el cáncer de pulmón. El cáncer de próstata continúa siendo una de las patologías más frecuentes en varones, su diagnóstico es cada vez más frecuente desde la utilización del PSA antígenos prostático específico como marcador tumoral, sin embargo, ello no ha incidido en la disminución de la mortalidad. En el periodo estudiando, se han atendido 35 pacientes de las causales, el 23% ha fallecido durante el primer año de seguimiento, el 46% fue diagnosticado es estadio IV (metastásico) y la más frecuente de presentación es a partir de los 70 años de edad, siendo el adenocarcinoma la morfología más frecuente (94%).

Factores de riesgo

- Edad: la próstata es el órgano más propenso a enfermedades del cuerpo humano con el envejecimiento; 1 de 48 hombres de 40-49 años serán diagnosticados con cáncer de próstata, y 1 de 8 hombres de 60-79 años tienen riesgo de sufrir la enfermedad.
- Etnias: El riesgo estimado de la enfermedad en el curso de la vida es de 16.6% para los caucásicos y de 18.1% para los afroamericanos. El riesgo de muerte en el curso de la vida es de 3.5% y 4.3%, respectivamente.
- Antecedentes familiares: Un paciente con un pariente de primer grado de consanguinidad con cáncer de próstata tiene 2.4 veces más probabilidad de ser diagnosticado con cáncer de próstata que un hombre sin parientes afectados.
- Hormonas: los niveles elevados de testosterona y de su metabolito dehidrotestosterona, por muchas décadas de la vida, pueden aumentar el riesgo de cáncer de próstata.
- Prostatitis crónica: la inflamación crónica de la próstata puede contribuir a la carcinogénesis de la próstata, por atrofia glandular prostática focal.
- Obesidad: la cual está ligada a la agresividad y la recurrencia del cáncer de próstata en un 12% y en un 6% respectivamente.
- Dieta: la ingesta de alimentos ricos en grasa saturada aumenta el riesgo en una correlación positiva de (0.74) entre la incidencia o mortalidad por cáncer de próstata.
- El fumar: se piensa que el cadmio que está presente en el cigarrillo actúa en la mutación del gen 53 supresor del tumor y así explicar la relación entre el fumar y el cáncer de próstata.

Signos y síntomas

No todos los hombres experimentan los síntomas de cáncer de próstata en muchos casos se presentan cunado el medico durante el chequeo rutinario se presenta en algunos hombres experimentan como sangre en la orina, dolor, ardor al orinar, dificultad para la micción, salida de pus en l orina, disminución de chorro y problemas con la erección. Siempre tener en cuenta que los síntomas pueden iniciarse por otras enfermedades como hipertrofia prostática o prostatitis (inflamación de la próstata) (Mendoza, 2013).

Métodos de diagnostico

El diagnóstico inicia con la anamnesis del paciente el cual puede ser asintomático o manifestara signos y síntomas de uropatia obstructiva baja que comprenden una disminución del calibre del chorro urinario o aumento de la frecuencia urinaria, dolor o ardor durante la micción, presencia hematuria macroscópica o de hematospermia, dolor en la espalda, las caderas o la pelvis que no desaparece.

El examen físico incluirá el examen digital rectal (EDR): Consiste en un examen del recto mediante el cual el médico inserta un dedo enguantado y lubricado dentro del recto y palpa la próstata a través de la pared rectal y determinar su forma, tamaño, consistencia y busca nódulos o áreas anormales.

Antígeno prostático específico (APE): Es una prueba de laboratorio que mide las concentraciones del APE en una muestra de sangre. El APE es una sustancia producida por la próstata que se puede encontrar enmayor cantidad en la sangre de varones que tienen cáncer de la próstata. La concentración de APE también puede encontrarse elevada en varones que sufren una infección o una inflamación de la próstata, o que tienen un HPB (un aumento de tamaño de la próstata de origen no canceroso).

Los valores de referencia específicos para la edad respecto al PSA sérico recomendados, efectuado sobre hombres de raza blanca.

40 a 49 años de edad	0.0 a 2.5 ng|ml
50 a 59 años de edad	0.0 a 3.5 ng|ml
60 a 69 años de edad	0.0 a 4.5 ng|ml
70 a 79 años de edad	0.0 a 6.5 ng|ml

Ecografía transrectal: Es un procedimiento mediante el cual se inserta un transductor que tiene el tamaño de un dedo para examinar la próstata. El transductor se utiliza para hacer rebotar las ondas de sonido contra los tejidos internos de la próstata (ecografía). Estas ondas de sonido crean ecos, los cuales son usados por una computadora para generar una imagen denominada eco grama.

Biopsia transrectal de próstata guiada por ecografía: es un procedimiento que lo realiza el imagenólogo o el urólogo para tomar muestra prostática de las diferentes regiones anatómicas guiado por un transductor durante la cual se inserta una aguja fina a través del recto hasta la próstata y se extrae una muestra del tejido prostático. El transductor del ecógrafo nos ayudara a encontrar imágenes anecoicas sugestivas de nódulos carcinomatosos y realizaremos la toma de muestra.

Biopsia: Un anatomopatólogo examina la muestra en busca de células cancerosas y determina la puntuación de Gleason. Esta puntuación de Gleason va desde 2 hasta 10 y describe la posibilidad que tiene el tumor para diseminarse. Cuanto más baja la puntuación, menor la probabilidad de diseminación del tumor.

Tratamiento

Cirugía, radioterapia y crioterapia en la enfermedad localizada, no metastásica (la radioterapiatambién para los objetivos paliativos); estrategias de reducción androgénica usando la orquiectomía; los antagonistas de la hormona liberadora de la

hormona luteinizante (LHRH), los estrógenos y los antiandrógenos, también son utilizados en las diferentes etapas de la enfermedad.

Orquiectomía: cirugía que consiste en extirpar los testículos (donde está la mayor fuente de andrógenos del cuerpo).

Inyecciones de agonistas de la LHRH: son fármacos que actúan sobre la hormona que regula la cantidad de andrógenos que producen los testículos. Los más empleados son: Goserelina (Zoladex®), Triptorelina (Decapeptyl®), Buserelina (Suprefact®), Leuprorelina(Procrin®, Eligard®). Se administran mediante inyección mensual, trimestral o incluso semestral.

Bloqueo androgénico completo: combinación de agonistas LHRH con antiandrógenos que actúan sobre los receptores de andrógenos, los más usados son Bicalutamida (Casodex®) y Flutamida (Eulexin®). Esta opción conlleva mayores efectos secundarios indeseables además de ser más costosa. Por otro lado, consigue un modesto beneficio en supervivencia (1-5% a los 5 años). Según las recomendaciones de la Sociedad Americana de Oncología la monoterapia con análogos LHRH y la orquiectomía son opciones aceptadas y recomendadas en el tratamiento inicial del cáncer de próstata avanzado (González , 2015).

Cirugía: Prostatectomia radical (PR**).** **-** Consiste en extraer completamente la glándula prostática, existen dos maneras de realizarla: por vía perineal o vía retropúbica. Esta última es mejor si hay que extirpar los ganglios linfáticos pélvicos antes de resecar el tejido prostático (no necesario en tumores de bajo grado). Pacientes seleccionados con cáncer localizado de bajo grado tienen 80-85% de probabilidad de permanecer libres de enfermedad a los 15 años de la cirugía. Últimamente se está desarrollando este tipo de cirugía por vía laparoscópica (recomendable sólo en centros con experiencia).

Radioterapia externa: utiliza una máquina denominada acelerador lineal que se mueve alrededor del paciente dirigiendo la radiación a la pelvis. Se administra a diario (5 días a la semana) durante 4 a 7 semanas (depende de si se utiliza sola o en combinación con braquiterapia). No requiere hospitalización.

Durante el acto quirúrgico de la prostatectomía, los ganglios linfáticos pélvicos y los tejidos vecinos pueden ser directamente evaluados para ver si hay extensión tumoral, lo que no es posible con la RT, así que los enfermos tratados con RT presentan en general estadios más avanzados de lo que se supone en la evaluación previa.

La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que la evaluación con Antígeno prostático específico (APE) y examen digital rectal (EDR), se realice anualmente, comenzando a la edad de 50 años, a los hombres que tienen al menos un niño, con una esperanza de vida de 10 años y jóvenes de alto riesgo. La información sobre los riesgos y beneficios potenciales de la intervención debe ser informada a los pacientes(Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades, 2014).

2. Población masculina

Representan en la población de diferente nivel de cultura; nos referimos a la edad, nivel de instrucción, sexo, procedencia, etc. Lo que influye mucho en la aparición de esta enfermedad, que conlleva a un sufrimiento personal y familiar. También es importante recalcar los sentimientos sobre sexualidad que afectan el entusiasmo por vivir, la imagen que tienen ellos mismos y las relaciones con los demás. No obstante, los pacientes y médicos a menudo no hablan sobre los efectos que el tratamiento contra el cáncer ejerce sobre la vida sexual del hombre y de la manera en que éste puede sobrellevar dichos problemas. Puede que una persona se sienta incómoda al hablar de sexo con su doctor, con algún profesional médico e incluso con su pareja sexual. Muchas personas se sienten avergonzadas y expuestas cuando hablan sobre sexo.

Conocimientos los métodos de diagnósticos. -Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje significa recordar datos específicos (dentro del sistema educativo del cual el individuo hace parte) o la habilidad para aplicar datos específicos para resolver problemas o, incluso, emitir conceptos con la comprensión adquirida sobre determinados eventos. Los métodos de diagnóstico son los procedimientos por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica). Y se enmarca dentro de la evaluación psicológica, y supone el reconocimiento de una enfermedad o un trastorno a partir de la observación de sus signos y síntomas.

Teorías sobre los conocimientos y actitudes frente a la enfermedad

Para efectos de comprender el comportamiento y conocimientos de los hombres ante el cáncer de próstata, a continuación, se describan diversas teorías que la explican:

Modelo de creencias de salud:

El modelo de creencia en salud (MCS) fue originalmente desarrollado en el año 1950 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. (Muñoz, , Sossa , Ospina, Grisales, & Rodríguez, 2010)

De forma más especifica la teoría explica la conducta del hombre ante el proceso salud-enfermedad a partir de la personalidad, y de ella se deducen las actitudes y dentro de éstas, las creencias, por ser consideradas su puerta de entrada. Los distintos tipos de creencias están influidos por diferentes condiciones personales y sociales, destacándose las religiosas, como respuesta ante situaciones de crisis existenciales, las que pueden beneficiar o no el proceso salud-enfermedad de sus poseedores.

Considerando esto, me parece un modelo propicio para entender o al menos tener una herramienta que pueda explicar alguna dinámica establecida entre el conocimiento del individuo en este caso, del sector masculino de la comunidad de Nambija bajo frente a los métodos de diagnóstico de Cáncer de próstata utilizando esta herramienta teórica como la base. Es una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud e incluye un importante componente cognitivo/perceptivo.

El aspecto afectivo surge en la medida que se evalúa al objeto, llegando a tener estas evaluaciones diferencia en cuanto a su volumen e intensidad, estableciendo el rechazo o la aceptación correspondiente. El componente conductual está constituido por las acciones y manifestaciones, así como las afirmaciones verbales relativas a determinadas conductas.

Modelo Mágico-Religioso

Para esta propuesta, la enfermedad resulta de fuerzas o espíritus; representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fe religiosa. Las fuerzas desconocidas y los espíritus (benignos y malignos) constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad que priva en un individuo o en una sociedad. Este modelo facilita la aceptación de la muerte inminente pero también circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Su principal desventaja es que impide el avance

cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre. Como seguidores de este modelo podemos nombrar a las sociedades primitivas, desde la edad media hasta la actualidad, teniendo como representantes a chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas (Murillo, Alarcón 2006)

Modelo Social

El elemento central de análisis que propone este modelo, es que la salud-enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de cada conjunto poblacional. Privilegia a lo social como el factor más importante, factor que explica la aparición y el rol de otros factores participantes. Su problema fundamental es que, en su aplicación como herramienta de análisis, se corre el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales. Se puede considerar que los máximos representantes de este modelo son: Peter Frank, Virchow y Ramazzini (siglo XIX) (Martin, 2003)

Estos modelos pueden entonces explicar las atribuciones que se puedan designarse al proceso de salud enfermedad del punto de vista mágico-religioso y de igual manera reconocer los factores inherentes y exógenos que son parte del proceso.

Prácticas recomendadas para reducir la probabilidad de adquirir cáncer de próstata.

El auto-cuido es la práctica de actividades-conductas que las personas realizan en favor de sí mismos y su familia para mantener la vida, la salud y el bienestar. (Rodríguez, 2014).

Practicas preventivas del Cáncer de Próstata

Debido a que no se conoce la causa exacta del cáncer de próstata, hasta el momento no es posible prevenir la mayoría de los casos de la enfermedad. Muchos factores de riesgo, tales como la edad, raza, y el historial familiar no pueden ser controlados. No obstante, de acuerdo con lo que sabemos, existen algunas medidas que

puede tomar y que podrían reducir su riesgo de cáncer de próstata. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2013)

Controlar el peso corporal, actividad física y alimentación

Algunos estudios han encontrado que los hombres que tienen sobrepeso pueden presentar un riesgo de padecer cáncer de próstata. Los estudios han encontrado que los hombres que llevan a cabo regularmente actividad física tienen un riesgo menor de padecer cáncer de próstata. Realizar ejercicios durante 30 minutos puede ayudar y reducir las probabilidades de padecer de algún tipo de enfermedad en este caso el Cáncer de próstata (rodríguez, P., 2014)

BENEFICIOS ESTIMADOS DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE, ACTIVIDAD FÍSICA Y REDUCCIÓN DEL SOBREPESO PARA EVITAR EL CANCER	
Localización del cáncer	**| probable de reducción del riesgo**
Boca, faringe, laringe	44 - 63
Pulmón	36 – 38
Estomago	33 – 47
Páncreas	14 – 39
Vesícula biliar	6´- 21
Hígado	6´- 15
Colon recto	17 – 45
Próstata	11
Riñón	8´- 24

Fuente: Rodríguez, P., (2014)

Hayuna relación entre una dieta no balanceada o inadecuada con la adquisición del cáncer. Pero se debe tener en cuenta que no existe alimentos cancerígenos, lo que existe es la poca y/o exagerada frecuencia del consumo de los alimentos que con el paso del tiempo origina el cáncer. A esto nos referimos al consumo excesivo de grasas y al poco o nulo consumo de frutas y verduras.

A continuación se clasificara las verduras y frutas según el color y beneficios:

Color	Verdura/fruta	Beneficio
ROJO	Tomate, pimentón, ají rojo, etc. Fresas, cerezas, granada, rábano, etc.	Contiene Licopeno (antioxidante). Previene el cáncer de próstata y efectos antitumorales
AMARILLO / NARANJA	Zanahoria, maíz, pimiento amarillo, etc. Mandarina, piña, naranja, melón, mango, durazno, etc.	Contiene caroteno que favorece al sistema inmunológico y protege contra el cáncer al prevenir el daño antioxidante
VERDE	Apio, perejil, brócoli, vainita, lechuga, espinaca, etc. Frutas con vitamina C como las uvas verdes, limón, kiwi, manzanas, peras, etc	Contiene sulforatos que eliminan tóxicos y agentes cancerígenos del organismo
ROJO PURPURA / . MORADO	Berenjena, cebolla morada, etc. Uvas moradas, ciruela, higos, arándanos morados, etc.	Contiene antocianica y polifenol que ayuda a las vías urinarias y potente protector del cáncer
BLANCO	Col, coliflor, cereales, espárragos (blanco - verde), ajo, etc. Guanábana, chirimoya, coco, manzanas peras, etc.	Ricas en fibras dietéticas y ayuda al funcionamiento intestinal; y previene el cáncer de colon y recto.

FUENTE: OMS/FAO, 20014. Dieta nutrición y prevención de enfermedades crónicas.

Para realizar pruebas de detección temprana y consultas médicas

La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que los hombres dialoguen con sus médicos para tomar una decisión fundamentada sobre si deben o no hacerse las pruebas de detección temprana para el cáncer de próstata. La decisión se debe tomar después de recibir la información con respecto a las incertidumbres, los riegos y los beneficios potenciales de las pruebas de detección. Los hombres no deben hacerse las pruebas a menos que hayan recibido esta información. El diálogo con su médico sobre las pruebas de detección debe ocurrir:

- Al cumplir 50 años para los hombres con riesgo promedio de cáncer de próstata y que se espera vivan al menos 10 años más

- A la edad de 45 años en los hombres que están en alto riesgo de cáncer de próstata. Entre estos hombres se encuentran los de raza negra y aquéllos cuyos parientes de primer grado (padre, hermano, o hijo) recibieron un diagnóstico de cáncer de próstata a una edad temprana (menores de 65 años).
- A los 40 años de edad para hombres con un riesgo aún mayor (aquellos con más de un pariente de primer grado que ha tenido cáncer de próstata a una edad temprana)

Después de esta conversación, los hombres que quieran hacerse las pruebas de detección deben someterse a la prueba sanguínea del antígeno prostático específico (PSA). El tacto rectal (DRE)también se puede hacer como parte de las pruebas de detección. Si después de esta conversación, un hombre no puede decidir si las pruebas son adecuadas para él,la decisión de usar las pruebas de detección puede tomarla el médico, quien debe tomar en cuentalas preferencias y los valores del hombre, así como su condición general de salud. Si no se encuentra cáncer de próstata como resultado de pruebas de detección, el periodo de tiempoentre futuras pruebas depende de los resultados de la prueba sanguínea de PSA:

- Es posible que los hombres que optan por hacerse las pruebas y que tienen un PSA de menos de 2.5 ng/mL, sólo necesiten someterse a la prueba cada dos años.
- Para los hombres con un nivel de PSA de 2.5 ng/mL o más, las pruebas se deben hacer cada año.

Debido a que el cáncer de próstata a menudo crece lentamente, las pruebas no se deben ofrecer a los hombres que no presenten síntomas de este cáncer y que no tengan una expectativa de vida de10 años, ya que probablemente no se beneficiarán de las

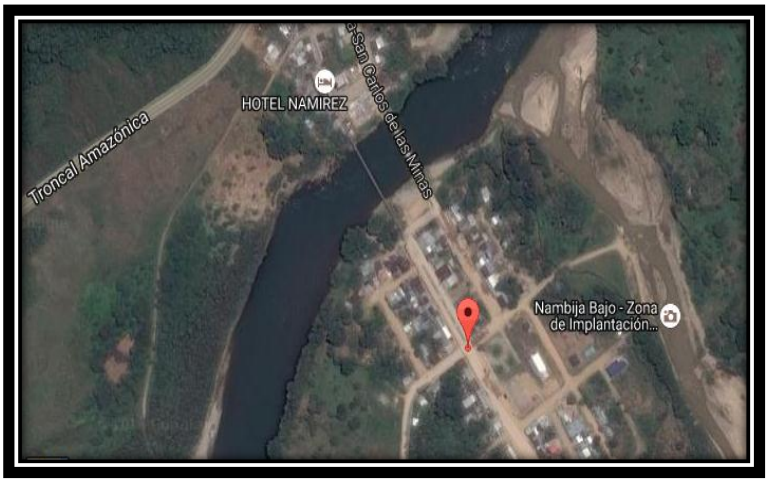
pruebas. La condición general de salud yno sólo la edad, es importante al momento de tomar las decisiones sobre las pruebas de detección.Aun cuando se haya tomado una decisión sobre las pruebas, la conversación sobre las ventajas ylas desventajas de las mismas se debe repetir a medida que surja nueva información sobre losbeneficios y los riesgos de las pruebas. También se necesitarán más conversaciones para tomar encuenta los cambios que surjan en las preferencias, los valores y la salud del hombre(Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2016).

Según el Instituto Urología y Medicina Sexual aconseja que todos varones mayores de cuarenta y cinco años revisen anualmente su próstata para descartar la presencia de un cáncer de próstata. El diagnóstico precoz del cáncer de próstata depende básicamente del PSA y tacto rectal (Rodríguez-Vela., 2016).

Riesgos que puedan provocar los exámenes de diagnóstico de cáncer de próstata

f. METODOLOGÍA

Localización del área del estudio



El presente proyecto se desarrollará en el barrio Nambija Bajo deLa parroquia de Cumbaratza, perteneciente a la provincia de Zamora Chinchipe del cantón Zamora, la zona se halla delimitada por la línea del ex-conflicto fronterizo Ecuador-Perú y la cuenca hidrográfica de los ríos Zamora, Nangaritza y Yacuambi, configurando un distrito estratégico, por su ubicación geográfica dentro del territorio nacional. La población de estudio sexo masculino 493 y femenino 298, la actividad socioeconómica

que predomina es la minería. Los sistemas productivos preponderantes son la ganadería, complementado con la agricultura y manufactura artesanal. Para poder llegar al barrio de Nambija Bajo se coge el bus que va a Yanzatza son 35minutos se baja en Namirez y se cruza el rio Zamora.

El tiempo de duración del estudio: septiembre 2016 – marzo 2017 el tiempo en que se trabajara con 493 hombres residentes del bario Nambija bajo.

Respecto a la viabilidad y factibilidad**,** existe el apoyo y colaboración por parte de la comunidad en llevar a cabo la presente investigación.

Se medirán las variables: independiente que es el sector masculino y variable dependiente: conocimientos sobre los metodos de diagnostico utilizados en la deteccion temprana del cancer de próstata (anexo I).

La muestra de la población mencionada de más de 40 años.

Se recalcará los aspectos más relevantes para el desarrollo de la investigación, el mismo que estará constituido por el tipo de investigación, las técnicas e instrumentos de recolección, análisis de la información utilizadas, entre los cuales se resalta la validez y la confiabilidad de los instrumentos por las fases empleadas para el desarrollo de la misma.

Tipo de estudio

El presente estudio es una investigación descriptiva,se sustenta en métodos y técnicas documentales que conllevan a especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de las personasdentro de un ambiente, momento mismo de la actuación de las partes involucradas, el sector masculino.

La población que participara en la investigación son 493 hombres que residen en el barrio de Nambija Bajo perteneciente a la parroquia Cumbaratza provincia de Zamora Chinchipe de distintas condiciones sociales, culturales y económicas.

Procedimiento para recolección de la información

Para el desarrollo de la investigación del proyecto es importante tener los permisos y autorización de la directiva que me patrocinara y en la que se llevará a cabo el estudio para poder intervenir en la toma de recolección de datos, por lo que se ha considerado trabajar mediante el documento de consentimiento informado (anexo III) ya que es un documento informativo en donde invita a las personas a participar en una investigación, permitiendo que la información sea recolectada durante el estudio dando así la utilidad de elaboración de análisis y comunicación de los resultados.

La información que se recolectará a través del instrumento, será ingresada a una plantilla de Excel de Microsoft Windows, para ser analizada y posteriormente tabulada y graficada de acuerdo a los resultados encontrada. Estos serán categorizados por el número de ítems que presenta el instrumento (anexo II).

Se protegerá y se respetara la privacidad del sector masculino protegiendo así su intimidad ya que el instrumento no incluye el nombre, dirección o dato que lo identificara a la persona debido que no es necesario ese tipo de información, la siguiente investigación es considera sin riesgo ya que emplea un método documental al ser una encuesta (cuestionario) de donde se obtiene información sin la intervención o modificación intencionada en las variables de conocimiento ante la utilización de los exámenes de próstata en el sector masculino.

Se dará a conocer el consentimiento informado (anexo III) por la presidenta del barrio Nambija Bajo ya que se ajusta a los principios éticos que ahí se mencionan tras proporcionar una explicación clara y completa.

Métodos, Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

La técnica que se empleará para recolectar la información requerida será la encuesta, (anexo III) la misma que consta de 10 interrogantes que se aplicará al sector masculina del barrio de Nambija.

Revisar del archivo clínico del centro de salud de Cumbaratza y SOLCA

El instrumento (anexo II),es un cuestionario diseñado por la autora, que incluye la caracterización sociodemográfica, los conocimientos ante la detección temprana de cáncer próstata que determina la presencia de la enfermedad prostática, así como también acerca de las percepciones ante la utilización de exámenes de próstata.

PRESUPUESTOY FINACIAMIENTO

El presupuesto planteado para el desarrollo de la investigación en el proyecto "Conocimientos del sector masculino sobre los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata en la comunidad de Nambija Bajo- Zamora-Chimchipe" es autofinanciado cerca de 1000 dólares dentro de ello se considera:

RECURSOS ACTIVIDADES	HUMANOS	MATERIALES	TÉCNICA	FINANCIERAS
Elaboración y ejecución del proyecto	Investigador	Computadora Impresora y tinta Papel boom A4	Programa de word	540
Recolección de datos	Investigador y la población masculina del barrio	Instrumento de recolección - Las encuestas	Programa de word	350
Tabulación y análisis	Investigador	Lápiz Esferos Borrador	Programa de Excel	20
Elaboración del primer borrador	Investigador	Impresora Hojas de papel boom A4	Programa de Word y Excel	40
Elaboración del segundo borrador	Investigador	Impresora Hojas de papel boom A4	Programa de Word y Excel	38
Elaboración del tercer borrador	Investigador	Impresora Hojas de papel boom A4	Programa de Word y Excel	40
Entrega del informe final	Investigador	Impresora Hojas de papel boom A4	Programa de Word y Excel	40
Total				1068

Autora Mariela Tapuy

h. CRONORAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

El tiempo que se empleara en el proyecto "Conocimientos del sector masculino sobre los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata en la comunidad de Nambija Bajo- Zamora-Chimchipe" la duración del estudio en particular para la recolección de datos y evaluar el tiempo previsto se desarrolla en el siguiente cronograma:

FECHA ACTIVIDAD	MAYO/ 16	JUNIO/16	JULIO/16	AGOSTO/16	SEPTIEMBRE/ 16	OCTUBRE/ 16	NOVIEMBRE/16	DICIEMBRE/16	ENERO /17	FEBRERO/17	MARZO /17	MAYO/ 17
CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO												
APROBACIÓN DEL PROYECTO Y DESIGNACIÓN DE DIRECTOR DE PROYECTO												
CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO												
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN												
TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS												
ELABORACIÓN DEL PRIMER BORRADOR DEL PROYECTO												
ELABORACIÓN DEL SEGUNDO BORRADOR DEL PROYECTO												
ELABORACIÓN DEL TERCER BORRADOR DEL PROYECTO												
ENTREGA DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO												

Autora. - Mariela Tapuy 2016

i. BILBLIOGRAFIA

Sociedad de Lucha contra el Cáncer. Registro de tumores. 2015 Instituto del Cáncer SOLCA Loja. Dispone en: http://www.institutodelcancer.med.ec/index_archivos/variaciones.htm.

Nodal, L. R. L., Rodríguez, A. M., Tamayo, T, I., & Domínguez, F. A. (2011). Responsabilidad individual en la detección temprana del cáncer de próstata. *Medisan*, *15*(7), 958-963.

Barrios, Y., Perera, F., Carvajal, I., Pérez A. Pesquisa de cáncer de próstata en 8 áreas de salud de la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN vol.16 no.3 Santiago de Cuba mar. 2012. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_3_12/san10312.htm

Morote R, J., (2009). Impacto del cribado del cáncer de próstata sobre la mortalidad. *Actas Urológicas Españolas*, *33*(6), 619-620.

Camerino, A. A., Vera, B. S., & Montenegro, M. P. (2007). Detección precoz del cáncer de próstata:¿beneficios de su inclusión en el protocolo de vigilancia de la salud? *Mapfre medicina*, *18*(3), 175-179.

Lucumí, C. D. I., & Cabrera, A. G. A. (2005). Creencias de hombres de Cali, Colombia, sobre el examen digital rectal: hallazgos de un estudio exploratorio Beliefs of menfrom Cali, Colombia, about digital rectal examination. *Cad. Saúde Pública*, *21*(5), 1491-1498.

Heidenreich (presidente), M. Bolla, S. Joniau, M.D. Mason, V. Matveev, N.Mottet, H-P. Schmid, T.H. vanderKwast, T. Wiegel, F. Zattoni.Guía clínica sobre el cáncer de próstata. *EuropeanAssociation of Urology* 2010

Albelaez R, J. D., & Montelegre H, N. A. (2012). Conocimientos, actitudes y practicas sobre los examenes utilizados en la deteccion temprana del cáncer de próstata en loa hombres de dos comunas de Medellín . *Facultad Ncional de Salud Pública*, 300-309.

American Urological Association. (2015). *lo que los hombres deben saber sobre la prueba de cancer de prostata.* Obtenido de https://www.auanet.org/common/pdf/advocacy/grassroots-toolkits/DPCWhatMenShouldKnow-SP.

Asociacion Europea de Urologia . (2010). *http://www.aeu.es/userfiles/Guias_Bolsillo_AUE.pdf.*

Astudillo, M. N. M., Pinzón, L. A. S., Ospina, J. J., Grisales, A., & García, J. D. R. . (2010). Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. Santa rosa de cabal. *Promocion de la salud*, 147 - 161.

González , A. A. (2015). Cancer de Prostata.

loja, S. n. (2015). *Registro hospitalario Boletin N 01*. LOJA.

Mendoza, L. (2013). *Cancer de Prostata.*

Nodal Laugart, R. L., Rodriguez Ardi, M., Tamayo Tamayo, I., & Dominguez Fabars, A. (2011). responsabilidad individual en la deteccion temprana de cncer de prostata. *Medisan*.

Plan Nacional del Buen Vivir. (2013-2017). Obtenido de http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion.

Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades. (2014). Diagnóstico y Tratamiento de Cancer. *Consensos de Enfermedades Oncológicas*.

Salud de Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador S.A. (abril de 2015). Obtenido de https://www.saludsa.com/vivesaludtotal/index.php/cancer/el-cancer-en-el-ecuador/423-el-cancer-en-el-ecuador.

Salud, L. (2008). *Constitucion Politica del Ecuador.*

Seguro Social , C. (2011). Proyecto Fortalecimiento Atención Integral de Cáncer. *Guía de Atención del Cáncer de Próstata*.

SOLCA, S. d. (2015). *www.solcaloja.med.ec.*

Ugarte, A., & Jezdic, S. (2012). Fundación contra el Cancer. *Guia para pacientes*, www.fundacioncontraelcancer.org.

j. ANEXOS

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
INDEPENDIENTE				
Población masculina	Representan en la población de diferente nivel de cultura; nos referimos a la edad, nivel de instrucción, sexo, procedencia, etc. Lo que influye mucho en la aparición de esta enfermedad, que conlleva a un sufrimiento personal y familiar.	Características demográficas	Edad	40 – 49 50 años y mas
			Nivel educación	Primaria Secundaria Superior Ninguno
			Estado civil	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo
			Número de hijos	1 1-2 1-3 o mas
			Ocupación	Empleado Empleador Trabajador Independiente Trabajador del estado Trabajador familiar sin remuneración Desempleado Estudiante Jubilado
			Religión	Católico Testigo de jehová Evangélicos No religioso
DEPENDIENTE				
Conocimientos de métodos de diagnóstico de cáncer de próstata	Son la búsqueda de un cáncer antes de que la persona tenga algún síntoma. Esto puede ayudar a encontrar el cáncer en un estadio temprano. Cuando el tejido anormal o el cáncer se encuentran temprano, puede ser más fácil tratarlos. Cuando aparecen los síntomas, el cáncer pudo empezar a diseminarse.	Exámenes. - físico, sangre y patológico	Conoce sobre el cáncer de próstata	Si No
			Los exámenes de diagnósticos de cáncer de próstata.	Tacto digito rectal Antígeno prostático específico en sangre Biopsia
			Edad en las cuales se debe realizarse los exámenes de diagnóstico de cáncer de próstata	40 a 50 51 a más No se
			Con que frecuencia debe realizarse los exámenes de diagnóstico de cáncer de próstata	Al cumplir 50 años con riesgo promedio de cáncer Cumplidos los 40 años familiares con antecedentes de cáncer Cada año después de haber cumplido los 45 años No se
			Causas qué dificultan realizarse los exámenes de diagnóstico de cáncer de próstata	Falta de conocimientos Afectación de la masculinidad Temor al diagnóstico de cáncer de próstata Disminución de la respuesta sexual

Autor.- Mariela Tapuy