



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.15.PRADO CHURUBUSCO.

TITULO.

**“CREENCIAS Y ACTITUDES DE MASCULINIDAD EN RELACIÓN CON EL  
TAMIZAJE DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR NO.15.”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. CRUZ MENDEZ EVELYN**

**Médico Residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar  
No.15**

ASESOR CLINICO:

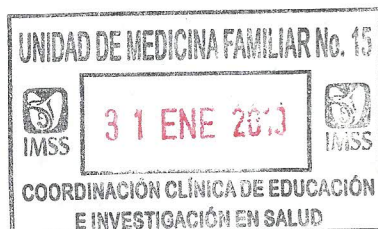
**DRA. NANCY GARCIA CERVANTES**

**Médico Familiar Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.15**

ASESOR METODOLOGICO:

**DR. ARMANDO MARTINEZ PEÑA**

**Médico Familiar Adscrito a Centro de Investigación Educativa y  
Formación Docente Siglo XXI.**



Ciudad de México Enero 2019



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

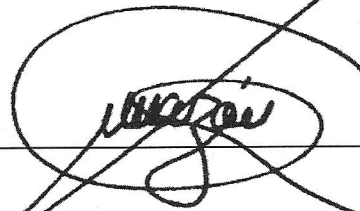
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“CREENCIAS Y ACTITUDES DE MASCULINIDAD EN RELACIÓN CON EL  
TAMIZAJE DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR NO.15.”**

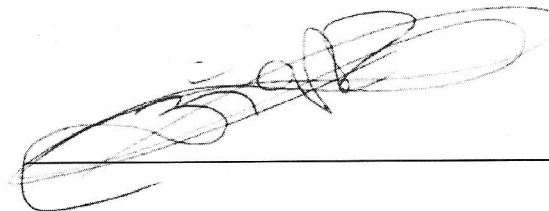
TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. CRUZ MENDEZ EVELYN**  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 15



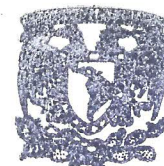
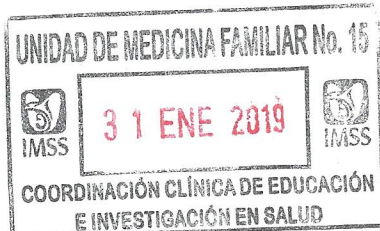
DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**“CREENCIAS Y ACTITUDES DE MASCULINIDAD EN RELACIÓN CON EL  
TAMIZAJE DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR NO.15.”**


TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. CRUZ MENDEZ EVELYN**  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

**AUTORIZACIONES**

  
\_\_\_\_\_  
DRA. LYDIA CRISTINA BARRIOS DOMINGUEZ  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15, IMSS

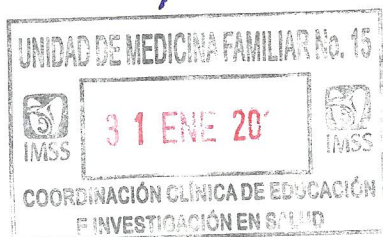
  
\_\_\_\_\_  
DRA. DORALIS VILLANUEVA ISIDOR  
SUBDIRECTORO Y COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE  
LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR NO. 15, IMSS

  
\_\_\_\_\_  
DRA. NANCY GARCÍA CERVANTES  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR NO. 15, IMSS

**ASESORES DE TESIS.**

  
\_\_\_\_\_  
DRA. NANCY GARCÍA CERVANTES

  
\_\_\_\_\_  
DR. ARMANDO MARTINEZ PEÑA



**Ciudad de México Enero 2019.**

**DATOS DEL ALUMNO**

Apellido paterno Cruz  
Apellido materno Méndez  
Nombre Evelyn  
Universidad Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad o escuela Facultad de Medicina  
Carrera Medicina Familiar  
No. de cuenta 98206632

**DATOS DEL ASESOR**

Apellido paterno García  
Apellido materno Cervantes  
Nombre Nancy

Apellido paterno Martínez  
Apellido materno Peña  
Nombre Armando

**DATOS DE LA TESIS**

Título **“Creencias y actitudes de masculinidad en relación con el Tamizaje de Cáncer de próstata en la Unidad de Medicina Familiar No.15.”**

No. de páginas 72

Año 2019



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación en Salud 3609 con número de registro 13 CI 09 014 189 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 016 2017061.  
H GRAL ZONA 1 CARLOS MC GREGOR

FECHA Miércoles, 30 de enero de 2019.

**M.E. NANCY GARCÍA CERVANTES  
PRESENTE**

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

**Creencias y actitudes de masculinidad en relación con el Tamizaje de Cáncer de próstata en la Unidad de Medicina Familiar No.15.**

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

No. de Registro  
R-2019-3609-050

ATENTAMENTE

**FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3609

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## ÍNDICE

1.-RESUMEN	1
2.-INTRODUCCIÓN	3
2.1.Marco Epidemiológico	5
2.2.Marco Conceptual	7
3. JUSTIFICACIÓN	26
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
5. OBJETIVOS	28
5.1.General	28
5.2. Específicos	28
6. MATERIAL Y MÉTODO	29
- 6.1.Periodo y sitio de estudio	29
-	
- 6.2. Universo de trabajo	29
-	
- 6.3.Unidad de análisis	29
-	
- 6.4. Diseño de estudio	29
-	
- 6.5. Criterios de selección	29
-	
- 6.5.1. Criterios de inclusión	29
-	
- 6.5.2. Criterios de exclusión	29
-	
- 6.5.3. Criterios de eliminación	29
7. MUESTREO	30
- 7.1.Cálculo del tamaño de muestra	30
8. VARIABLES.	31
- 8.1. Operalización de variables	31
9. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	33
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	35

11 .RECURSOS	36
11.1. Humanos	36
11.2. Materiales	36
11.3. Económicos	36
11.4. Factibilidad	36
12. RESULTADOS	37
13. DISCUSIÓN	60
14. CONCLUSIONES	64
15. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	65
16. BIBLIOGRAFÍA	66
17. ANEXOS	69
17.1. Hoja de Recolección de datos	
17.2. Hoja de Consentimiento Informado	



## 1. RESUMEN

**Introducción:** En México, el Cáncer de Próstata sea convertido en un problema de salud pública, ya que es la segunda causa de cáncer y casi 7 mil mexicanos mueren anualmente. A través del tamizaje rectal, se pueden pesquisar precozmente, reduciendo sustancialmente su morbilidad y mortalidad.

**Justificación:** En el cáncer de próstata su detección debería ser oportuna, la falta de una cultura en medicina preventiva, los mitos y prejuicios “machistas” asociados al procedimiento de diagnóstico más certero, el tacto rectal, le permiten desarrollarse hasta alcanzar altas cuotas de mortalidad.

**Planteamiento del problema:** En la UMF número 15, el hombre acude menos del 50% de veces que la mujer. Es indispensable el conocer los motivos por lo cual los hombres que acuden a consulta no se realizan el tamizaje y saber qué relación guarda la masculinidad con el hecho de que no se realice.

**Objetivo:** Determinar las creencias y actitudes de masculinidad en relación con el tamizaje del cáncer de próstata en la población masculina mayor de 35 años de la U.M.F. No. 15 de la Ciudad de México.

**Material y método:** Es un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico. En pacientes masculinos a partir de 35 años (384n) a los cuales se les aplicaron 2 instrumentos, el primero fue para indagar las características y actitudes de masculinidad y el segundo indaga sobre la percepción que tiene el varón sobre el cáncer de próstata.

**Resultados:** La masculinidad está presente en nuestra población y representa un limitante para la realización de las actividades preventivas.

**Conclusiones:** Los presentes resultados de este estudio abre la oportunidad sobre reflexionar que efectivamente la masculinidad es un factor decisivo en el proceso de salud/enfermedad de los hombres.

**Palabras Claves:** *Creencias y Actitudes de Masculinidad, Tamizaje de Cáncer de Próstata.*

## 1.1. SUMMARY

**Introduction:** In Mexico, Prostate Cáncer is becoming a public health problem, as it is the second cause of cancer and almost 7,000 Mexicans die annually. Through rectal screening, they can be screened early, substantially reducing their morbidity and mortality.

**Justification:** In prostate cancer its detection should be timely, the lack of a culture in preventive medicine, the "macho" myths and prejudices associated with the most accurate diagnostic procedure, digital rectal examination, allow it to develop until reaching high mortality rates .

**Approach to the problem:** In the UMF number 15, men go less than 50% of times than women. It is essential to know the reasons why men who come to consultation do not perform the screening and know how masculinity relates to the fact that it is not performed

**Objective:** To determine the beliefs and attitudes of masculinity in relation to the screening of prostate cancer in the male population older than 35 years of the UMF 15 of Mexico City.

**Material and method:** It is an observational, transversal, descriptive and analytical study. In male patients from 35 years (384n) to which 2 instruments were applied, the first was to investigate the characteristics and attitudes of masculinity and the second investigates the perception that the man has about prostate cancer.

**Results:** Masculinity is present in our population and represents a limitation for carrying out preventive activities.

**Conclusions:** The present results of this study open the opportunity to reflect that effectively masculinity is a decisive factor in the health / disease process of men.

**Key Words:** *Masculinity Beliefs and Attitudes, Prostate Cancer Screening.*

## 2. INTRODUCCION.

En México, el Cáncer de Próstata sea convertido en un problema de salud, debido a que es la segunda causa de cáncer y la tendencia de mortalidad en general se ha incrementado. Las cifras oficiales refieren que casi 7 mil mexicanos mueren anualmente por ese padecimiento, reportándose entre 21 mil y 25 mil nuevos casos anualmente, lo que posiciona a este padecimiento como un grave problema de salud pública. El diagnóstico del cáncer de próstata es tan tardío, que las cifras oficiales muestran que el 70% de los casos que se diagnostican están ya en una etapa avanzada, lo que conduce a unas cifras de mortalidad muy elevadas. A través del tamizaje rectal, se pueden pesquisar precozmente, reduciendo sustancialmente su morbilidad y mortalidad, Sin embargo, la masculinidad hegemónica cultural puede ser un factor que evita el autocuidado de la salud en el hombre e influir en la realización del tacto rectal.

En México la esperanza de vida al nacimiento de los varones se sitúa actualmente en 72.6 años casi 5 años inferiores a las de las mujeres. La tasa de mortalidad general que se producen principalmente por el resultado de los estilos de vida es desfavorable para los varones (382 745 defunciones total hombres vs 302 592 mujeres Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016) siendo el índice de sobre mortalidad en hombres que por cada 100 mujeres mueren 126 hombres. Por tanto los hombres tienen beneficios sociales que tienden a convertirse en desventajas para su salud y específicamente para su autocuidado. Ya que la masculinidad exige que los hombres, para afirmarse en su identidad, establezcan relaciones de dominio y corran riesgos, lo que les genera dificultades para establecer acciones de autocuidado. La necesidad de responder a la norma de masculinidad también afecta la solicitud de atención a los servicios de salud. Con frecuencia niegan la posibilidad de estar enfermos, ya que lo contrario sería asumir un papel pasivo, dependiente y frágil. Por lo que se ha supuesto un reconocimiento entre las interacciones de los factores socio-culturales implicados en la

construcción de las identidades como la asignación de roles y responsabilidades, los cuales se reflejan en el estado de salud. (19)

Ciertamente el diagnóstico de cáncer de próstata se ha elevado debido a los screening como el Antígeno Prostático y el tacto rectal. Sin embargo alrededor del orbe se han realizado investigaciones que permiten reconocer factores que pueden estar relacionados con la no práctica del examen rectal como: temor al cáncer, vergüenza, molestia, dolor, nivel educativo bajo, información deficiente del examen, desconfianza hacia el personal de salud e intranquilidad de que el tacto rectal pueda afectar la masculinidad. (22) (23).

## **2.1. Marco Epidemiológico.**

Desde el siglo pasado, el cáncer era considerado una enfermedad común que paulatinamente se convirtió en un problema importante de salud pública a nivel mundial. Además de ocasionar una gran pérdida de vidas humanas cada año, es responsable de enormes cargas económicas, sociales y emocionales(1). De manera que el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo es debió a esta enfermedad y el 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos (1).Según datos de GLOBOCAN de 2017 las proyecciones indican que el número de muertes por cáncer en las Américas aumentará de 1.3 hasta 2.1 millones en 2030; de igual manera, se espera que el número de casos nuevos se incremente en un 67% en América Latina y el Caribe (1.8 millones por año), estimaciones mayores que las esperadas para Norteamérica (41%). Se prevé que el número de nuevos casos aumente aproximadamente en un 70% en los próximos 20 años. (2).Constituye una de las enfermedades oncológicas de mayor prevalencia en Europa, con un amplio impacto en la atención sanitaria. Causa el 3% de las muertes de los de la Unión Europea (UE) y el 10% de las muertes en varones por tumores malignos. La tasa de mortalidad en la UE es de 10,5/100.000 hombres. En el 2012 la incidencia de cáncer de próstata (CP) reportada a nivel mundial fue de 1.1 millones de casos con una mortalidad de 307,000 casos. Para 2013, la incidencia aumentó a 1.4 millones de nuevos casos y 293,000 muertes. Es el segundo tumor más frecuente después del cáncer de pulmón y la quinta causa de muerte en hombres a nivel mundial. La probabilidad de presentar CP es de 1/15 entre el nacimiento y los 79 años de edad. De 1990 a 2008 se observó una tendencia al alza en las tasas de mortalidad por CP en hombres que fluctuaron de 14.6 a 19.5 por 100,000 habitantes. La mortalidad por CP de 1980 a 2011 aumentó de manera sostenida en un 2% anual. (3)

En el último informe «Cáncer en las Américas: perfiles de país 2013», realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se describe que las muertes por todos los tipos de cáncer están disminuyendo en al menos nueve países de América (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, México, Nicaragua, Paraguay y Venezuela); en el resto, la tendencia de la mortalidad por algunos tipos de cáncer sigue en aumento. La mayoría de las muertes en América Latina se producen con mayor frecuencia por cáncer de pulmón, próstata, mama y el color rectal, con algunas variaciones que se expresan dependiendo de la subregión afectada. En el Caribe, las tasas de incidencia y de mortalidad por el cáncer de próstata son significativamente más altas que en otras subregiones. En Latinoamérica, la detección temprana del CP es muy baja y son frecuentes las presentaciones en estadios avanzados. (3).

En México, el CP es un problema de salud pública, ya que actualmente es la segunda causa de cáncer en hombres; al año se detectan 6,500 nuevos casos de CP, y las tendencias de mortalidad en general por este cáncer se han incrementado (2). El comportamiento histórico de la mortalidad por cáncer ha tenido una tendencia ascendente. Desde 1999, las cifras ya se consideraban alarmantes, pues se reportaban 53.6 muertes por cada 100 mil habitantes, cifras que aumentaron a 55.2 en 2001, casi el triple de la reportada en 1931 (19.9 defunciones por 100 mil habitantes). Para este año, el cáncer ya estaba colocado como la segunda causa de muerte, y constituía el 11.8% de todas las defunciones. (2). Las tasas brutas de mortalidad por cáncer por cada 100,000 hombres durante los años 2000-2010 se incrementaron de 7.8 a 9.8 y las entidades con mayores tasas de mortalidad fueron Sinaloa, Sonora, Baja California Sur, Nayarit y Colima (3).

## **2.2. Marco Conceptual.**

La próstata es una glándula exocrina túbulo alveolar, de color gris y consistencia dura que rodea la porción inicial de la uretra masculina; presenta interrelaciones endocrinas, testiculares e hipotalámicas y un elevado grado de potencialidad oncogénica (4). El cáncer de próstata es un tumor que nace del epitelio acinar y/o ductal de la próstata que puede variar considerablemente en su diferenciación glandular, anaplasia y comportamiento.

### **Factores de Riesgo.**

1. La edad: Se incrementa con el paso de los años, más rápidamente que otro tipo de cáncer debido a mutaciones. El desarrollo del CP depende de la actividad del receptor de andrógeno, el cual funciona como oncogén. Se observó que la mortalidad por CP se incrementó de forma significativa con la edad, alcanzando la mayor mortalidad en el grupo de 75-79 años. Los individuos que mueren por CP en el 94.9% son  $\geq 60$  años. Cerca del 80% de los CP aparecen en varones de 64 o más años de edad. La probabilidad de desarrollarlo antes de los 40 años es de 1/10.000, de 1/103 entre 40 y 49 años y de 1/8 entre 60 y 79 años.

2. Raza: Es más frecuente en hombres afroamericanos (100 casos  $\times$  100.000) que en hombres blancos (70 casos  $\times$  100.000). La población asiática (China, Japón) tiene una menor incidencia de CP clínico. Los estudios de migración nos señalan que estos varones tienden a adquirir el riesgo del país que los recibe, lo que nos indicaría la existencia de factores no controlados por los genes (epigenéticos).

3. Factores genéticos: En torno a un 9-10% de los casos de CP tienen una base genética. Se ha identificado un locus causante en el cromosoma 1q24-25, existiendo asociación con el gen BRCA-1 para el cáncer de mama, sobre todo en familias con tres o más varones afectados de cáncer de próstata. El riesgo es 2 veces mayor entre los hijos de varones con CP. En los varones

diagnosticados de CP antes de los 50 años de edad, la proporción es superior al 40%.

4. La obesidad: Podría estar influyendo en el incremento en la mortalidad por CP, al producir una alteración en la síntesis o metabolismo de las hormonas masculinas.

El riesgo de presentar cáncer ante hallazgos anormales al tacto rectal está directamente relacionado a los valores de APE (Antígeno Prostático Específico). A todo paciente con hallazgos anormales al tacto rectal, aún sin alteración en los niveles de APE, se debe de efectuar biopsia transrectal de próstata (4). La verdadera causa del carcinoma prostático se desconoce, pero está bien claro que su crecimiento está influido por las hormonas sexuales (5).

La mayoría de los pacientes con esta neoplasia en etapas tempranas son asintomáticos. La presencia de síntomas sugiere enfermedad con avance local o metástasis y estos son: irritativos u obstructivos, afectando sobre todo la micción; los síntomas obstructivos son secundarios al tamaño tumoral, con la progresión caudal de su crecimiento se origina una disfunción esfinteriana que establece trastornos de vaciado, de continencia y contracciones involuntarias de la vejiga, estos últimos darán lugar a síntomas irritativos. Por otra parte, el crecimiento en volumen puede originar la disminución de la capacidad vesical funcional, ser el origen de contracciones vesicales involuntarias y también de acomodación vesical disminuida en algunos casos. Aparecen también síntomas propios de las metástasis a distancia (6). Es considerada una "enfermedad silenciosa", pues mientras las células se transforman y se incrementan pueden pasar hasta 10 años sin que se presenten síntomas. Entre los factores que influyen de manera más importante en la sobrevida de los pacientes, se encuentran el grado de extensión tumoral y el momento en el cual se realiza el diagnóstico. A través de un método de tamizaje adecuado, se pueden pesquisar precozmente a los hombres que padecen de un cáncer prostático localmente agresivo,



reduciendo sustancialmente su morbilidad y mortalidad. Esto es particularmente importante en el cáncer de próstata por los beneficios que pueden ofrecer su detección precoz y su oportuno tratamiento. La Asociación Americana de urología ha sugerido que se realice una evaluación anual a todos los hombres mayores de 50 años, y en casos de antecedentes familiares, comenzar a los 40 años. La detección consta de un tacto rectal (TR) y la determinación sérica del APE total. En caso que uno o ambos exámenes fueran sospechosos, debe realizarse la biopsia con ecografía transrectal y el estudio histopatológico (6). Tanto las guías clínicas europeas y americanas recomiendan la realización del TR basándose en que alrededor de un 18% de los casos de Cáncer de Próstata se detectan solamente por un TR alterado y que sería un importante predictor de la presencia de un cáncer más agresivo (puntaje de Gleason > 7). (6)

El antígeno prostático es un estudio fundamental en la evaluación de la próstata, pero por sí solo no es suficiente para establecer el diagnóstico diferencial prostático; se ha dicho que no sustituye al TR, ya que éste evalúa la consistencia de la próstata, brindando una información clínica que ningún otro estudio de laboratorio o imagen proporciona (7). Por ello, aunque unos valores de PSA entre 4 y 20 ng/ml se asocian con la posibilidad de presentar un cáncer confinado a un órgano y, por tanto, potencialmente curable, no se debe olvidar que sólo aproximadamente una cuarta parte de estos casos tendrá un cáncer y, por el contrario, unos valores de PSA < 4 ng/ml no necesariamente excluyen la posibilidad de presentar esta neoplasia, por lo que este potencial de falsos negativos también debe ser tenido en cuenta (7). Si se encuentra alterado el APE tiene una buena relación con cáncer de próstata y es mayor a medida que aumenta el APE, destacando un Valor Predictivo Positivo (VPP) de 28.5% y Valor Predictivo Negativo (VPN) de un 100% en pacientes con APE < 2.5%. En los pacientes con APE de 2.5-4.0 ng/ml., el tacto rectal obtiene un VPP 40% y VPN 66.6%. Estos valores sugieren que aún es importante realizar el TR de manera rutinaria, ya que

aproximadamente un tercio tendrá o desarrollara un cáncer de próstata. (8).Hasta un 18% de los pacientes con cáncer de próstata se diagnostican por tacto rectal patológico independientemente del nivel de PSA. La mayoría de los cánceres de próstata con un volumen mayor a 0.2ml pueden ser palpables, debido a su localización en la próstata periférica (9).La localización posterior de la mayoría de estos tumores los vuelve fácilmente palpables. Con una sensibilidad del 70% y una especificidad del 90% es de suma importancia para valorar tamaño, consistencia, movilidad, delimitación y regularidad de la glándula. Tiene el 50% de probabilidad de falsos positivos, pero es lo idóneo para el diagnóstico precoz. Existen ciertas semejanzas táctiles entre la próstata y partes de la cara, que permiten recordar más fácilmente el diagnóstico diferencial: la próstata normal tiene la misma consistencia que la punta de la nariz o el cuello uterino normal; la Hipertrofia Prostática Benigna tiene la misma que el mentón; el epiteloma la misma que la frente; la prostatitis, la misma que la mejilla; el absceso de la próstata la misma que la mejilla hinchada. El TR como método de cribado del CP se puede establecer con un alto grado de aceptabilidad por parte de la población general (78% y 70% respectivamente el primer y segundo examen)(10).

Una gran proporción de cáncer de próstata es diagnosticada solo con tacto rectal sospechoso, aportando además importante información pronóstica.

Así, en un amplio estudio multicéntrico llevado a cabo en Chile con 587 pacientes biopsados, el PSA total se demostró como una técnica más sensible para la detección de cáncer que el tacto rectal solo, ya que de los 131 tumores detectados según el valor del PSA, 41 (31,2%) podrían no haber sido detectados si se hubiese utilizado el tacto rectal como único criterio para indicar la biopsia. Sin embargo, el valor predictivo positivo del tacto rectal fue de un 43,7%, superior al del PSA (el 24% para un punto de corte de 4 ng/ml). En lo que se refiere específicamente a la realización del tacto rectal, se destacan los aspectos simbólicos relacionados a su carácter invasor, del punto de vista físico y emocional, y a la diseminación del miedo de realizar el examen entre los propios hombres. Además de estos, no se puede dejar de considerar otros aspectos de orden estructural, tales como el acceso al examen en los servicios de salud y la recomendación de los profesionales de salud, que directa o indirectamente también comprometen la realización de la detección. Factores como: la falta de información; el prejuicio del tacto rectal y el miedo de consultar al urólogo y llevar un “dedazo”; miedo de quedar impotente.

En un estudio realizado por Gannon y colaboradores resultó que en general se le ha dado poca consideración a las formas en que la experiencia de cáncer de próstata está vinculada a la expresión de masculinidad en los varones, lo que refleja un desconocimiento de las modificaciones que sufre ésta cuando la enfermedad y el tratamiento le afectan. La mayoría de los hombres entrevistados mostró renuencia al realizarse el estudio de detección de cáncer de próstata, a pesar de tener síntomas por un período prologando, entre ellos problemas de inflamación de la próstata, restricción el orinar y frecuencia al orinar. Varios de ellos se hicieron la prueba por presión de su esposa. Al auscultar entre los participantes las razones de esta resistencia ellos mismos las adjudican a una visión machista sobre los procedimientos y a un miedo a enfrentarse con un diagnóstico positivo de cáncer dado los

posibles efectos secundarios que podrían desarrollar, particularmente los relacionados con la disfunción eréctil.

En Puerto Rico en 2009 se realiza una investigación que resaltó la resistencia de los hombres a realizarse la prueba de detección de cáncer de próstata ya que esta se asoció con la posibilidad de impotencia y dudas sobre la masculinidad apoyando la postura de que la construcción de la salud no se da en un vacío, sino que está entrelazada en la propia construcción de la masculinidad. De acuerdo con Meryn (2010) la percepción de que los problemas de próstata son consecuencias inevitables de envejecer obstaculiza su prevención, diagnóstico y manejo efectivo. Según Lyzun y McMullen (2008), los sentimientos de miedo e incomodidad para discutir esta condición y la forma de diagnosticarla se convierten en barreras para la salud de los hombres. (11). El toque rectal del examen de próstata coloca al hombre en una situación incómoda y destaca los aspectos simbólicos vinculados al carácter invasor desde el punto de vista físico y emocional. Estos son aspectos de gran relevancia a los que los profesionales de la salud debemos prestar cuidadosa atención.

### **Masculinidad**

La masculinidad se refiere al cómo “hacerse hombre”. Puede definirse como la forma aceptada social y culturalmente de ser un varón en un tiempo concreto. Esta construcción se origina a partir de una estructura socio-cultural entendida bajo los términos de clase, raza, etnia, casta. Es de carácter histórico, porque cambia en el transcurso del tiempo y se origina en diversos espacios con aspectos únicos e irrepetibles; tiene un carácter social porque responde a una necesidad o normatividad de un grupo determinado llamado sociedad; es de carácter cultural, porque responde a un hábito y/o tradición que moldea distintas formas de ser hombre; es de carácter político, porque en gran medida se entiende a partir de relaciones de poder central; es de carácter

económico, porque predetermina y regula las actividades (generadoras de recursos) del hombre en referencia a las actividades de la mujer, al mismo tiempo, busca una distinción propia. Así que por masculinidad entiendo un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada, responde a funciones tradicionales, propias de un estatuto social, cabe señalar que los roles se desarrollan a lo largo de la vida, por ejemplo: los roles que requieren el uso de la fuerza física o el proveedor y protector de la familia. Hay comportamientos que son esperados por los demás. Se espera que un hombre sea fuerte, tome decisiones importantes, no muestre sentimientos, otorgue seguridad a otro grupo de personas a quienes ejerce algún tipo de poder. Por lo general, las sociedades exigen a los varones pasar por pruebas para probar su masculinidad, que aparece como una cualidad muy deseada y a la vez, difícilmente alcanzable. Así, la condición masculina estará constantemente en duda, por lo que necesita su prueba y afirmación social y personal: si los hombres deben pasar por pruebas para probar su masculinidad, es precisamente porque esta no está determinada por naturaleza. Los estereotipos suelen estigmatizar, etiquetar, señalar o hacer distinguible a una persona, ésta caracterización suele consolidarse con el paso del tiempo y refrendándose de manera natural hasta funcionar como una verdad absoluta. Se asignan funciones a ambos sobre la base de su sexo. La mujer es suave, maternal, coqueta, voluble, superficial, sentimental, dependiente. Por otra parte el hombre es agresivo, conquistador, poderoso, osado, resistente e indoblegable. Masculinidad en nuestra cultura incluye la virilidad y el ser varonil, enérgico, fuerte y macho. Se basa en valores físicos que posteriormente se transforman en valores morales. Siendo este conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón.

Siguiendo a Michael Kimmel (1997) masculinidad hegemónica es “la imagen de masculinidad de aquellos hombres que controlan el poder” y que se constituye en el parámetro de lo que en la sociedad patriarcal significa llegar a

ser un “verdadero hombre”. El psicólogo Robert Brannon, menciona que la masculinidad se puede definir a través de estas frases: “¡Nada con asuntos de mujeres!” Uno no debe hacer nunca algo que remotamente sugiera feminidad. “¡Sea el timón principal!”. La masculinidad se mide por el poder, el éxito, la riqueza y la posición social...” “¡Sea fuerte como un roble!”. La masculinidad depende de permanecer calmado y confiable en una crisis, con las emociones bajo control. De hecho, la prueba de que se es un hombre consiste en no mostrar nunca emociones. Los muchachos no lloran, exude un aura de osadía varonil y agresividad. Efectivamente, existe un prototipo de “verdadero hombre”: aquel hombre blanco, de buen aspecto y altura, de complexión fuerte, que posee en el amplio uso del término: mujeres, dinero, propiedades, un buen carro y demás símbolos de status; con alta capacidad de consumo; que define el destino de otras personas. A grandes rasgos, es el modelo que nos vende la sociedad de consumo, aquella de los hombres de la burguesía o de aquellos otros estratos que mayor ventaja sacan del capitalismo, lo cual excluye a la mayoría de los hombres. Se caracteriza por: confianza en sí, dominio, capacidad de tomar decisiones, alcanzar éxito, manifestar agresividad, por viril se entiende ser fuerte, activo, seguro, audaz e independiente. Se ha considerado al hombre “el dueño del mundo”, dándoles el poder, el dominio, la valentía, pero es que no solo se le han dado estos atributos, sino que además se les privan de muchas cosas como el derecho a sentir, expresar emociones, deben esconder el miedo, se les asigna el éxito en la cama, y por tanto siempre deben de llevar la iniciativa. Este modelo define al varón como heterosexual y por supuesto los ataques a los varones definidos como “menos hombres” (tímidos, torpes o supuestamente cobardes). Los varones están socializados para ser activos, tener el control, estar a la defensiva, valerse por sí mismos, usar el cuerpo como una herramienta y salir adelante pese a todo: preocuparse por el hacer y no por el sentir.

Ahora bien, el género es una categoría dinámica, construida socialmente sobre la base de las diferencias sexuales biológicas, a partir de las cuales se determinan los roles sociales de hombres y mujeres. Le atribuye a ambos sexos características psicológicas, sociales y económicas, así como comportamientos específicos. De esta manera se puede entender que lo masculino y lo femenino son atribuciones biológicas (sexo), así como la masculinidad y la feminidad corresponden a la construcción social (género). En tal sentido, la masculinidad y la feminidad son construcciones sociales, dependientes de la educación que reciban en la infancia, así como de las influencias a lo largo de su vida. Si los hombres adoptan conductas consideradas femeninas y las mujeres, masculinas, tendrán que enfrentar conflictos en la medida en que la sociedad donde viven los acepte o los rechace. (12)

El modelo del rol sexual usado para definir el género también sigue una lógica categorial. En este caso, la dicotomía se da en cuanto a normas y expectativas sociales en lugar de la anatomía. Como una primera aproximación en la comprensión del género, y subyace a varias décadas de reformas en las relaciones de género en la educación, el empleo y la salud. El pensamiento categórico se puede hacer más sofisticado mediante el entrecruzamiento de las categorías de género con categorías como raza, clase social, edad, entre otras. Este acercamiento ha sido llamado interseccionalidad.

En estos campos es más adecuado usar un acercamiento relacional para teorizar el género. Es un vínculo que implica múltiples personas y categorías, que conecta cuerpos e instituciones. La teoría relacional da lugar central a las relaciones de género establecidas entre hombres y mujeres (entre hombres y entre mujeres), las cuales hacen del género una estructura social. Tal perspectiva explora las prácticas sociales conformadas, abordadas y modificadas por esa estructura.

Poderosas instituciones, como las familias, las escuelas, las iglesias o los Estados, siguen lógicas basadas en el discurso, y disciplinan cuerpos reales de acuerdo con ello. La más famosa teórica del género de esta escuela, Butler (1990), ha enfatizado que el género no es expresivo sino “preformativo”. Esto quiere decir que el género no es un nivel de realidad que subyace a la acción, sino que el género está constituido por las acciones a través de las cuales nos conducimos como sujetos generizados; somos entendidos como masculinos y femeninos.

La estructura de relaciones de género cambian en el tiempo y surgen en la historia como resultado de las prácticas humanas. La teoría relacional del género resalta los procesos mediante los cuales los mundos sociales son traídos a la existencia a través del tiempo y su preformatividad. Esto se aplica a los términos que el pensamiento categorial da por sentados, como hombre o mujer. (13)

Muchas de las diferencias en los resultados de salud de mujeres y hombres no pueden atribuirse a diferencias biológicas. Es necesario enfatizar la importancia del género en tales diferencias que están en interacción permanente con todos los elementos que dan forma a la realidad social. Si el estudio de la salud de los hombres se enmarca dentro de las teorías de la equidad y el análisis de género, es importante enfatizar el riesgo para la salud y los problemas que enfrentan los hombres como consecuencia de la interpretación social de su rol.

En la mayoría de los países europeos, los hombres tienen tasas de mortalidad más altas, mientras que las mujeres viven más tiempo, y reportan niveles más altos de enfermedad y peor salud percibida. Hoy se acepta que ciertas construcciones de masculinidad pueden ser perjudiciales para la salud de los hombres. En España está relacionada con el hábito de fumar (cáncer de pulmón), el consumo de alcohol (cirrosis), el consumo de drogas (VIH / SIDA) y las lesiones causadas por actividades de alto riesgo. En la literatura, el



comportamiento saludable y no saludable puede interpretarse como formas de reforzar o resistir la masculinidad hegemónica es decir, el tipo de masculinidad que es más elogiado e idealizado en un contexto histórico específico. La mayor mortalidad masculina se atribuye principalmente al ejercicio del poder simbólico por parte de los hombres, ya que las prácticas sociales asumen que su salud física y mental es más fuerte y menos vulnerable que la de las mujeres. Esto los lleva a adoptar conductas de riesgo para mostrar su virilidad y diferenciarse de lo femenino. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que todos los "rasgos masculinos" o formas de masculinidad no implican un riesgo para los hombres, ni todos los hombres hacen los mismos esfuerzos para ajustarse a las definiciones tradicionales de masculinidad. De la misma manera, no todas las normas sociales y los roles típicamente definidos se expresan claramente con respecto a su participación en la salud. En todo momento en la historia, ha habido diferentes formas de masculinidad, algunas dominantes, otras marginales, otras estigmatizadoras, que compiten entre sí y poseen sus propios apoyos estructurales, psicosociales y culturales. Los factores estructurales y psicosociales son más importantes para explicar la salud de las mujeres, mientras que los factores de comportamiento son más relevantes para los hombres. Sea o no así, la vulnerabilidad a la enfermedad también se ve afectada por los diferentes roles sociales y familiares de género, los estilos de vida y las prácticas preventivas en hombres y mujeres, y las condiciones estructurales en las que tienen lugar. Todo esto indica que la salud está determinada por un conjunto complejo de elementos interrelacionados. (14)

Para comprender y mejorar la salud de los hombres, es importante que los profesionales de la salud comprendan el papel de la masculinidad en la salud y el bienestar de los hombres. En general, la masculinidad se ha señalado y descrito como una barrera para los hombres en la práctica de comportamientos que promueven la salud. Suele tratarse como un conjunto de normas, a menudo rígidas, a las que los hombres deben adherirse para

mantener su estatus social. La masculinidad no es un rasgo estático y puede ser más importante en algunas situaciones que en otras. Por ejemplo, cuando la masculinidad se ve amenazada, las conductas que pueden reforzar los ideales masculinos se vuelven más probables, lo que puede aumentar la necesidad de realizar conductas de riesgo, como el consumo peligroso de alcohol, la lucha o la conquista sexual. El machismo no está bien definido, pero por lo general incluye normas sociales que son agresivas, sexistas, chovinistas y actitudes y comportamientos híper-masculinos, similares a las descripciones de las normas masculinas hegemónicas tradicionales. Se ha encontrado que los niveles altos de machismo se asocian con niveles más altos de depresión, satisfacción de la relación y consumo excesivo de alcohol, mala alimentación y otros comportamientos de salud riesgosos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los conceptos de machismo menos utilizados también incluyen aspectos de protección, responsabilidad y trabajo duro. En relación con esto, el caballerismo (caballerosidad), aunque se cita con menos frecuencia, resalta los aspectos más sociales de la masculinidad e incluye comportamientos como la conexión emocional con la familia y los amigos y el manejo de la resolución de problemas. (15)

Según Sobraslke (2006), el machismo ha sido descrito como un conjunto de actitudes e identidades asociadas con la masculinidad. De acuerdo a esta autora históricamente se le ha prestado poca atención a cómo las creencias culturales de los hombres tales como el machismo impactan sus decisiones de salud. El término "masculinidad hegemónica" para referirse a la forma de masculinidad prevalente, más alabada, idealizada y valorada en un determinado contexto histórico. Los hombres jóvenes aprenden que la adopción de formas "femeninas" de comportamiento puede llevarlos al ridículo o a ser estigmatizados y a veces desarrollan comportamientos riesgosos con el fin de evitar ser considerados femeninos o afeminados.

La construcción de la masculinidad de un nuevo ser comienza cuando la pareja planifica un embarazo. Los futuros padres comienzan a imaginarse las características que tendrá el hijo, incluyendo su sexo. A partir del nacimiento, él bebe del sexo masculino, comienza a darse cuenta de lo que se espera de él por tener las características de sus órganos genitales. Sin embargo, no basta nacer con un pene para transformarse en hombre, hay un camino por recorrer hasta llegar a serlo. Los primeros años de vida son fundamentales y responsables de las características del hombre que va a surgir. Primeramente es la familia quien enseña explícita e implícitamente la forma que debe pensar, sentir y actuar como "hombre". Estas enseñanzas comienzan a afectar la forma como el niño se relaciona consigo mismo y con los demás. Además de la familia (socialización primaria), la escuela, los medios de comunicación, la mayor parte de las religiones y la sociedad en general (socialización secundaria) refuerzan estos papeles de género.

La masculinidad construida a lo largo de la vida (poder y control sobre los demás, superioridad, sexo erótico inagotable), varía de acuerdo con las características sociales, económicas y demográficas del varón y del ambiente en que crece y vive. Socializarse como varón bajo el modelo tradicional es un proceso difícil. Ese beneficio consiste en la posibilidad de ejercer algún poder. No es para nadie un secreto que a lo largo de la socialización cultural el varón internaliza un rasgo básico de su condición: el principal mandato cultural del varón es ser importante. (16). Un hombre que actúa correctamente con arreglo a su género debe estar poco preocupado por su salud y por su bienestar general. Simplemente, debe verse más fuerte, tanto física como emocionalmente, que la mayoría de las mujeres. Debe pensar en sí mismo como en un ser independiente, que no necesita del cuidado de los demás. Es poco probable que pida ayuda a otras personas, debe hacer frente al peligro sin miedo, asumir riesgos a menudo y preocuparse poco por su propia seguridad. Muchas prácticas de autocuidado se consideran culturalmente "femeninas". Así como las madres suelen informar a sus hijas acerca de sus

cuerpos y las niñas aprenden a cuidarse mediante exámenes de salud físicos y reproductivos regulares, es típico que los niños permanezcan ignorantes de estos temas. Las mujeres acuden más veces a las consultas médicas que los hombres, incluso descontando las visitas relacionadas con la atención a la salud reproductiva. A menudo se disuade a los niños de buscar la ayuda de sus padres. Las mujeres están mejor informadas sobre sus enfermedades que los hombres.

El cambio significa más de lo mismo, la adaptación y hasta la simulación, la sociedad está en continuo cambio, lo cual puede implicar que no existan leyes fijas para el cambio mismo. Esto se aplica de diversas formas a la salud de los hombres, cuando en nuestra socialización incorporamos diversos conceptos y prácticas que pasan por correr riesgos como una forma de mostrar la “hombría”; riesgos que se muestran claramente en la presencia de muertes violentas en el cuadro epidemiológico nacional e internacional, no tienen tiempo, se han prometido parar la máquina, pero no saben cómo hacerlo. El polo opuesto de esta situación es la íntima asociación del concepto de cuidado con el mundo de lo femenino. En ese sentido, es llamativa la necesidad cultural que hubo de acuñar un nuevo nombre a la estirpe de hombres que se cuidan (en lo físico, estético y/o su salud) como “metrosexuales”.

Es el hábito el que genera la disposición profunda de usar o no ciertas medidas de protección, de apegarse o no a los servicios de salud. En la vida de muchos hombres se requiere de una situación muy drástica para parar la máquina y empezar a considerar la posibilidad del cambio: un arresto, un infarto, un accidente, la ruptura de pareja o cáncer. Todo esto se inserta en una revisión de cómo los varones viven la enfermedad, la salud y el propio cuerpo. Les han enseñado a vivir y a usar el cuerpo como máquina: a encenderla, a presumirla, a correrla a toda velocidad, lo cual les puede dar cierto prestigio. Pero no les han enseñado a cuidarla, a moderar su velocidad,

a parar cuando es necesario y, de ahí, usarlo (el cuerpo) desde la consciencia. (17)

Existe en México una forma hegemónica de socializar a los hombres que está cultural e históricamente construida, que tiene sus diversidades pero sirve siempre de referente incluso a las formas alternativas de socialización. En esta socialización existen algunas claras ventajas para el varón, algunas de las cuales, con el tiempo y su estereotipamiento, se van transformando en un costo sobre su salud (y la de otras y otros). (12). Esta anécdota nos dice mucho de la construcción de la masculinidad en obligada diferenciación de todo lo femenino. Cuando trabajamos el tema de masculinidad y salud, aparte de la estrecha relación que existe entre una serie de características atribuidas a lo masculino y ciertas enfermedades, una cosa que resalta es la casi total ausencia de medidas que favorezcan la salud a partir de los hombres. La caída del sistema se refiere al hombre en la tercera edad, o cercano a ella, recientemente jubilado (lo cual le implica quedar fuera de su red de poder y amistad laboral), que regresa a una familia frecuentemente resentida, donde la esposa maneja la mayor parte de las relaciones. Un hombre al que ya le da guerra su próstata, con una potencia sexual en decremento y que, finalmente, se encuentra sin proyecto como ser humano en esta última etapa de su vida. (12)

De Keijzer propone analizar a esta masculinidad como factor de riesgo, para lo cual plantea que los riesgos se presentan en al menos tres ejes: para las mujeres, niños y niñas; entre hombres y para el hombre mismo. Este tercer eje es el que se vincula directamente con el autocuidado; no obstante, la manera de interrelacionarse con la pareja, la familia y con sus pares influye también en las áreas emocional y social del autocuidado de los hombres. Su tendencia a tener dificultades para la expresión de emociones y sentimientos, constituye un detrimento del autocuidado y su salud. Son evidentes las formas en que la masculinidad hegemónica influye en la salud/enfermedad, Aún no se completa el inventario de problemas de salud masculina, donde la

condición de género determina, influye o interviene. A pesar de que las estadísticas de las últimas décadas han presentado una sobre mortalidad masculina alarmante y creciente, esto ha sido apenas problematizado por la epidemiología. Es muy reciente el análisis de género de la mayor mortalidad masculina, asociada a problemas de corazón y a ciertos tipos de cáncer (pulmón y próstata).

Los hombres consideran que el examen de próstata afecta la masculinidad, una cuestión subjetiva, todavía poco discutida puede ser vista como “la posibilidad de admitir debilidad, o sentir que la enfermedad pueda reducir su capacidad de reproducción, o podría colocar en riesgo la invulnerabilidad atribuida al hombre y consecuentemente, a su masculinidad. Se sabe que el momento del examen de próstata, más exactamente el toque rectal, coloca al hombre en situación incómoda, por lo tanto los profesionales de salud deben considerar los aspectos subjetivos que envuelven el toque rectal en sus discusiones, considerando también que el dolor y el miedo tanto físico como simbólico, son una barrera para realizar el tacto, siendo que estos pueden estar en el pensamiento masculino, el examen puede generar en el hombre pensamientos al ser tocado en su parte “inferior” y puede estar asociado al dolor y también a la violación . Puede que el hombre no sienta dolor, pero puede experimentar la incomodidad física y psicológica de estar siendo tocado, en una parte “prohibida” o “fuera de límites”. Tanto el hombre latino como el norteamericano tienen barreras referidas para hacer el examen, tienen miedo de hacerlo, prefieren nunca saber de una enfermedad como el cáncer de próstata. El acto de realización del tacto rectal es delicado para el hombre, ya que, en este momento, su visión de la masculinidad puede ser amenazada además puede remitir a la cuestión de la homosexualidad, comportamiento considerado como un desvío en la sociedad, principalmente por la Iglesia, que realza la procreación como la finalidad principal de la vida sexual. Así, los hombres son educados para ejercer la heterosexualidad y rechazar cualquier actitud que los aproxime de la homosexualidad. En

general, los estudios relativos a la prevención del cáncer de próstata enfocan aspectos relativos a la parte clínica de los exámenes envueltos, no llevando en cuenta los aspectos subjetivos, relacionados principalmente a la masculinidad. Generalmente, el hombre tiene un imaginario machista: piensa que su cuerpo no fue hecho para ser penetrado y si para penetrar.

La posible indiferencia hacia el autocuidado por parte de los hombres puede explicarse desde la perspectiva de construcción social establecida. En este sentido, el género como principio originador de pensamiento y acción construye atributos culturales de género desde una perspectiva relacional. Las masculinidades y las feminidades constituyen espacios simbólicos que estructuran la identidad de los sujetos y pueden verse como un espacio simbólico de sentido estructurador que modela actitudes, comportamientos y emociones a seguir. Los que siguen dichos modelos, además de estar certificados como hombres, no son cuestionados por otros que comparten estos símbolos. Entre las diferencias impuestas por las peculiaridades del género, la virilidad es la referencia recurrente en el discurso sobre lo que es ser un hombre, independientemente de la situación que experimenten estos hombres o la situación o etapa de la vida en la que se encuentran. Las construcciones de masculinidades, establecidas en oposición a lo femenino, contrarrestan comportamientos basados en la importancia de la asistencia sanitaria. La imagen masculina de “ser fuerte” puede resultar en prácticas poco cuidadas con sus propios cuerpos, haciendo que el hombre sea vulnerable a una serie de situaciones. Los hombres se enferman porque son negligentes con la atención relacionada con su salud y no tienen un método preventivo, mostrando menos atención y menos demanda de atención médica, una vez que esta atención y esta demanda se representan como un signo de debilidad. Para los hombres es muy difícil cumplir el rol de paciente y, a menudo, la posibilidad de estar enfermo y encontrar se niega a un profesional de la salud. La posibilidad de perder su virilidad, agilidad y eficiencia contenida en el significado de ser hombre, bajo el riesgo de no

cumplir con los valores prescritos por el patrón social del género masculino, se constituye como uno de las razones que llevan a los hombres a no preocuparse por su salud. La existencia de un modelo masculino desfavorable para mantener la salud reflejado por el comportamiento de los hombres y, por lo tanto, dando a estos individuos un sentido de invulnerabilidad, que los lleva a ignorar las medidas preventivas que son fundamentales para la atención médica. El examen rectal es un procedimiento que afecta a las imágenes masculinas. Se supone que estos temores pueden afectar la imaginación de los hombres inmersos en el sentido común. Incluso para aquellos que pueden imprimir la racionalidad versus el examen rectal digital, no podemos descartar la posibilidad de la vergüenza involucrada de la que no son conscientes estos hombres. El examen rectal no debe considerarse solo como una penetración física, con el objetivo de diagnosticar una patología. Este procedimiento no solo toca en la próstata. Toca un aspecto simbólico de ser hombre que, si se deja sin cuestionar, no solo puede descarrilar la medida preventiva, sino que también disminuye la importancia de la salud de los hombres en general. Es importante aclarar la dificultad para los hombres en el cuidado de la salud, justificada por patrones rígidos de comportamiento, vinculados a un modelo social masculino. Para ello es necesario prestar atención a las políticas públicas relacionadas con la prevención de la salud, por un lado, para extender las campañas dirigidas a la población masculina y, por otro lado, a partir de las reflexiones que surgen de las especificidades de género identificadas como, por ejemplo, los prejuicios, las creencias erróneas relacionadas con la enfermedad, la debilidad y / o la disminución de la virilidad, o el tratamiento de los problemas sociales y económicos subyacentes. En este sentido, se destaca como un elemento importante el hecho de que las políticas de salud están históricamente dirigidas a las mujeres.

La salud y el cuidado de los niños no está estructurado para recibir y acoger las demandas masculinas. Cristaliza las oposiciones socialmente construidas



como si fueran datos de la naturaleza: desalienta a los hombres a buscar servicios de salud y considera a las mujeres como cuidadoras y esencialmente las únicas responsables de ámbito de la salud. Prácticas de curación para hombres y prácticas preventivas de mujeres. (18)

### **3. JUSTIFICACION**

El cáncer de próstata es un padecimiento que se origina como consecuencia del desarrollo de células cancerosas en la glándula prostática, lo que generalmente ocurre después de los cincuenta años de edad, y aunque su detección podría y debería ser oportuna, lo que incrementaría sustancialmente la tasa de supervivencia a la enfermedad, la falta de una cultura en medicina preventiva, los mitos y prejuicios “machistas” asociados al procedimiento de diagnóstico más certero, el tacto rectal, le permiten desarrollarse hasta alcanzar altas cuotas de mortalidad.

Ya que la masculinidad exige que los hombres, para afirmarse en su identidad, establezcan relaciones de dominio y corran riesgos, lo que les genera dificultades para establecer acciones de autocuidado. Por lo que se ha supuesto un reconocimiento entre las interacciones de los factores socio-culturales. Este trabajo viene a ser la contribución al estudio de la relación de masculinidad con la forma en que esta influencia la salud de los varones en la toma de decisiones sobre el realizarse medidas de prevención como el Tamizaje de cáncer de próstata. (19)

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En la unidad de Medicina Familiar numero 15 tuvimos una demanda de atención de primera vez de 1, 511,983 consultas en mujeres y en hombres de 752,905. Asi mismo, en consultas subsecuentes en mujeres fue de 108350 y en hombres de 48983. Por lo anterior, esto dejo ver que el hombre acude menos del 50% de veces que la mujer, y agregamos que el problema de enfermedad prostática no aparece en la lista de las 40 enfermedades prioritarias de la unidad. Además, no se tiene estimado el número de pacientes que solicitaron, accedieron o a los que se les realizo el tamizaje de cáncer de próstata, siendo la primera causa de prevalencia de cáncer y la segunda causa de muerte en el ser humano. Por lo tanto es indispensable el conocer los motivos por lo cual los hombres que acuden a consulta no se realizan el tamizaje, siendo prioritario saber qué relación guarda la masculinidad con el hecho de que no se realice (22) (23). Por lo cual llegamos a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las creencias y actitudes de masculinidad en relación con el tamizaje de cáncer de próstata en los hombres mayores de 35 años en la Unidad de Medicina Familiar número 15 de la delegación Sur, Ciudad de México?

## **5. OBJETIVOS**

### 5.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar las creencias y actitudes de masculinidad en relación con el tamizaje del cáncer de próstata en la población masculina mayor de 35 años de la Unidad de Medicina Familiar número 15 de la delegación Sur, de la Ciudad de México.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Elaborar y validar un instrumento de medición de masculinidad.
2. Construir un cuestionario sobre el tamizaje de Cáncer de Próstata.
3. Identificar la relación entre el nivel educativo y la masculinidad.
4. Estimar en que grupo de edad las creencias y actitudes de masculinidad son más valoradas.
5. Identificar la ocupación y su relación con la masculinidad.
6. Identificar la relación que guarda el tamizaje de Cáncer de Próstata con la masculinidad.

## **6. MATERIAL Y METODOS.**

### 6.1. Periodo y sitio de estudio

*Lugar:* Unidad de Medicina Familiar No.15, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Sur de la Ciudad de México.

*Tiempo:* Se realizó durante los meses de Mayo a Julio del 2018.

### 6.2. Universo de trabajo.

Hombres de 35 y más años de edad.

### 6.3. Tipo y diseño de estudio.

*Tipo de estudio:* Observacional, Descriptivo y Analítico.

*Diseño:* Transversal, Retrospectivo.

### 6.4 Criterios de selección

#### 6.4.1. *Criterios de inclusión.*

1. Población masculina mayor de 35 años que acuden a la unidad.
2. Que acepto participar en el estudio.

#### 6.4.2. *Criterios de exclusión.*

1. Que padezca o haya tenido cáncer de próstata.
2. Con Trastornos mentales.
3. Que decida retirarse del estudio.

#### 6.4.3. *Criterios de eliminación.*

1. Personas con encuestas incompletas o ilegibles.

## 7. MUESTREO

### 7.1. Calculo de la muestra.

FÓRMULA PARA CALCULAR EL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Siendo de una población total de hombres a partir de los 35 años de 48,983 con una muestra de 384 participantes.

Variable	Descripción	Valor
$\sigma$	Desviación estándar de la población	0.5
N	Tamaño de la población	48983
Z	Valor obtenido de la distribución normal para un valor de confianza del 95%	1.96
e	Limite aceptable del error muestra	0.05
n	Tamaño de la población , objeto esperado	384

## 8. VARIABLES

### 8.1. Operalización de variables.

Variable de estudio:

- Creencias y actitudes de masculinidad
- Tamizaje de Cáncer de Próstata

Variables sociodemográficas:

- Edad
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil

<b>Variable de estudio</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operativa</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Categoría</b>
Creencias y Actitudes de Masculinidad	Es un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada.	Es la cualidad de masculino, que incluye sus creencias y actitudes sobre su virilidad y el ser varonil, enérgico, fuerte y macho	Cualitativa Escala de acuerdo	1.Muy alto 2.Alto 3.Medio 4.Bajo
<b>Tamizaje de Cáncer de Próstata</b>	Medición para establecer quien puede padecer cáncer de Próstata		Cualitativa Dicotómica Nominal	1.Aceptacion. 2.Rechazo

**SOCIODEMOGRAFICAS**

Variable de estudio			Tipo	Categoría
<b>Edad</b>	Es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio	Cuestionario	Rangos	1.35-39 2.40-45 3.46-50 4.51-60 5.61 y mas
<b>Escolaridad</b>	Nivel educativo logrado.	Cuestionario	Ordinal	1. Primaria. 2. Secundaria. 3. Preparatoria. 4. Licenciatura. 5. Maestria
<b>Estado civil</b>	Condición de un individuo en lo que corresponde a sus relaciones en la sociedad.	Cuestionario	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Vuido
<b>Ocupación</b>	Actividad laboral que realiza	Cuestionario	Nominal	1. Profesionista 2. Obrero. 3. Jubilado.



## **9. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y analítico, en la población masculina adscrita a la unidad de medicina familiar número 15 de la Delegación Sur, con una edad de más de 35 años, sin que padezca Cáncer de próstata o lo haya padecido, que se encuentre en la sala de espera de todas las áreas de la unidad.

Donde se invitó a los pacientes de forma verbal a participar en este estudio y se les explico en qué consistía, haciendo énfasis en que los datos que se solicitaron eran anónimos.

Posterior a la aceptación de participar en el estudio se les dio a firma una carta de consentimiento informado, siguiente a esto se les entrego un cuestionario de masculinidad y otro de ítems para el Tamiz de Cáncer de Próstata. El encuestador (investigador) estuvo a su lado para resolver cualquier duda que surgió de este.

A continuación se realizó una base de datos en el sistema estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 24 (24), de donde se obtuvo los datos estadístico de tendencia central, y los cruces de datos.

## 9.1 INSTRUMENTOS

Se construyeron dos instrumentos, el primero es un instrumento el cual valorará la masculinidad de los hombres. Se respondió de acuerdo a la escala tipo Likert y además es con duplas antagonistas para darle mayor consistencia interna. Anexo1.

Un segundo instrumento sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata, que abarca los conocimientos y su actitud ante el tamizaje del hombre. Se construyó con aseveraciones donde los hombres contestaran "Si o No" de acuerdo a su perspectiva. Anexo 2.

Ambos instrumentos fueron sometidos a tres rondas por 5 expertos en educación para darles validez de *contenido* y de *constructo*. Posteriormente se realiza una prueba piloto a 30 médicos de base para determinar la fiabilidad, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.80 y 0.83 respectivamente en cada uno de los instrumentos.

## **10. CONSIDERACIONES ETICAS.**

Se realiza este trabajo de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica donde participan seres humanos; contenidas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 64<sup>a</sup> Asamblea General Mundial Fortaleza Brasil, en octubre del 2013. Se apegará a la pauta 12 de la confidencialidad al tomar medidas para proteger los datos de los participantes, omitiendo información que pudiese revelar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 en la investigación en la que participan seres humanos se relacionan con el respeto a la dignidad de cada participante así como de cada comunidad y la protección de los derechos y bienestar de los participantes (25). Además se apega al Reglamento de la Ley General de Salud en Material de Investigación para la Salud, vigente en México desde el 2007, el cual se apega al título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría 1, que dice Investigación sin riesgo, debido a que los individuos que participaran en el estudio, únicamente aportaron datos a través de un cuestionario, lo cual no provoca daño físico ni mentales, no se manipulara la conducta del sujeto y se cuidara el anonimato y confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación, así mismo la investigación, no viola sus derechos. Además de cumplirlo estipulado en los artículos 98 en el cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplan con las bases del artículo 100, en materia de seguridad.

## **11. RECURSOS.**

11.1 *Recurso humano*: Médico Residente de Medicina Familiar adscrito a la unidad de Medicina Familiar número 15. Asesor clínico adscrito a Unidad de Medicina Familiar número 15. Asesor metodológico adscrito a Centro de Investigación Educativa y Formación docente Siglo XXI .

11.2 *Material físico*: Unidad de Medicina Familiar número 15 de la delegación Sur de la Ciudad de México.

11.3. *Materiales*: Copias de encuesta, Tablas con clip, Bolígrafos, Computadora, Impresora, sistema estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 24.

11.4. *Recursos financieros*: El presente trabajo no recibe financiamiento por parte de ninguna institución, asociación o industria.

## **12. RESULTADOS.**

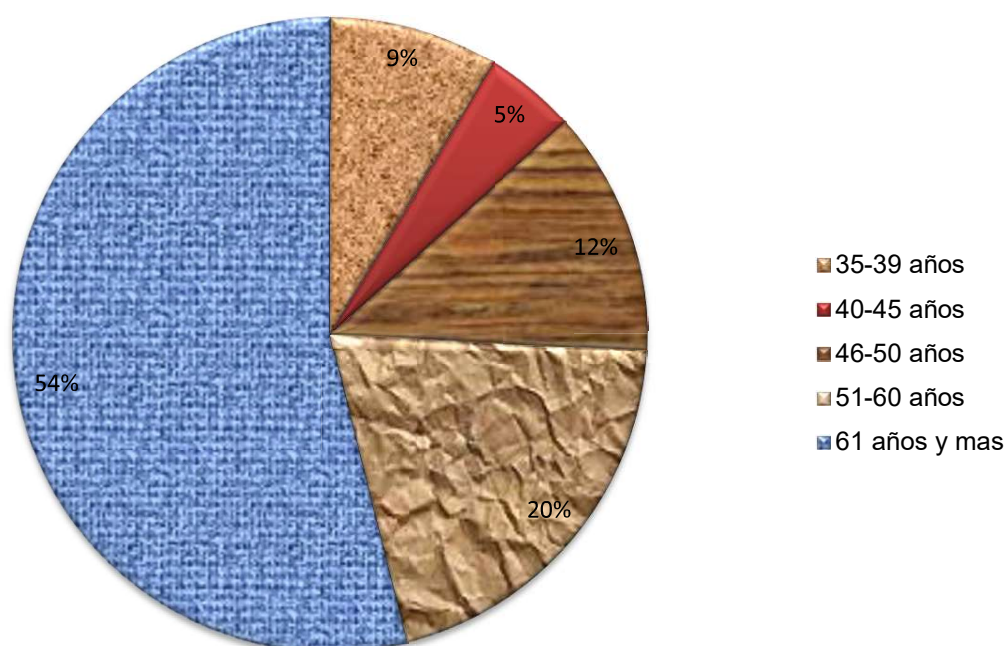
De un total de 384 pacientes encuestados en la unidad de medicina familiar número 15 de la ciudad de México, los resultados fueron los siguientes:

Por grupos de edad el 54% tiene más de 61 años, de 51 a 60 años 20%, 12% de 46 a 50 años, 5% de 40 a 45 años y por último de 35 a 39 años 8%. En relación a la escolaridad: el 27% estudió primaria, 23% secundaria, 23% preparatoria, carrera técnica 12% y 15% universidad. En ocupación: el 42% refirió ser pensionado, 17% empleado, 10% Técnico, 10% comerciante, 9% obrero, 6% profesionista y choferes 6%. En lo que respecta al estado civil 76% fueron casados, 6% viudos, 5% solteros, 5% unión libre, 2% divorciados y separado 5%. El 52% de nuestra población se encontró en un grado de masculinidad media y 47% en un grado bajo, mientras el muy alto y bajo se reportaron en 0%. Como se muestra de la figura 1 a la 5.

**Cuadro 1. Grupo de edad de encuestados de la población masculina de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>	35-39 años	33	8.6
	40-45 años	18	4.7
	46-50 años	48	12.5
	51-60 años	78	20.3
	61 años y mas	207	53.9
	<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad.



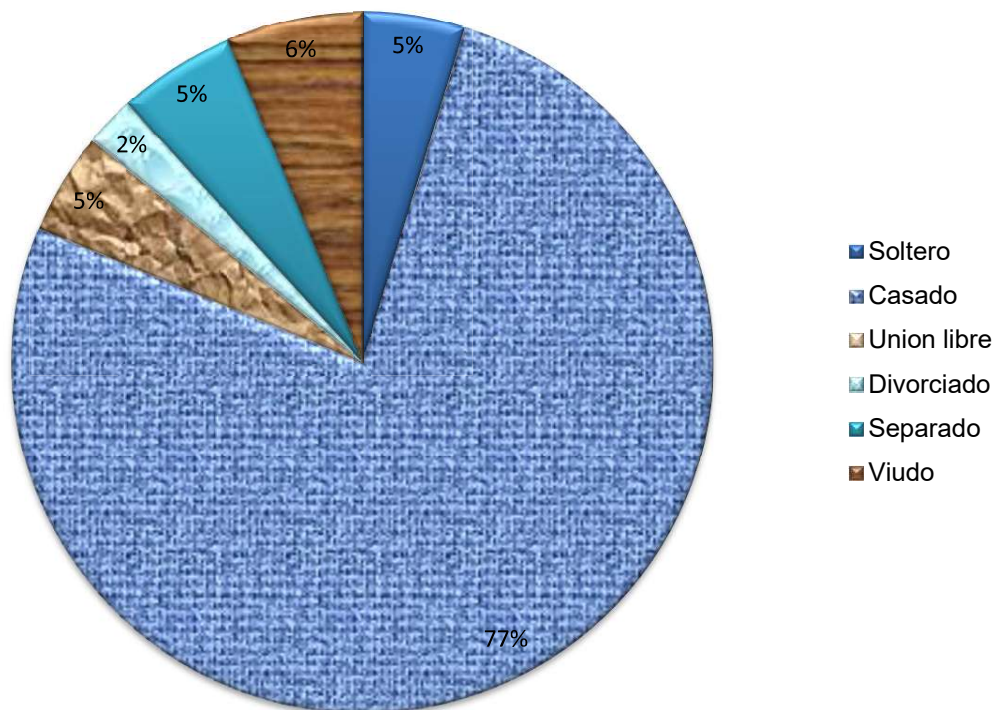
**Figura 1. Grupo de edad de encuestados en la población masculina de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad.

**Cuadro 2. Estado Civil de la población masculina encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Estado Civil</b>	Soltero	18	4.7
	Casado	294	76.6
	Unión libre	18	4.7
	Divorciado	9	2.3
	Separado	21	5.5
	Viudo	24	6.3
	<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad.



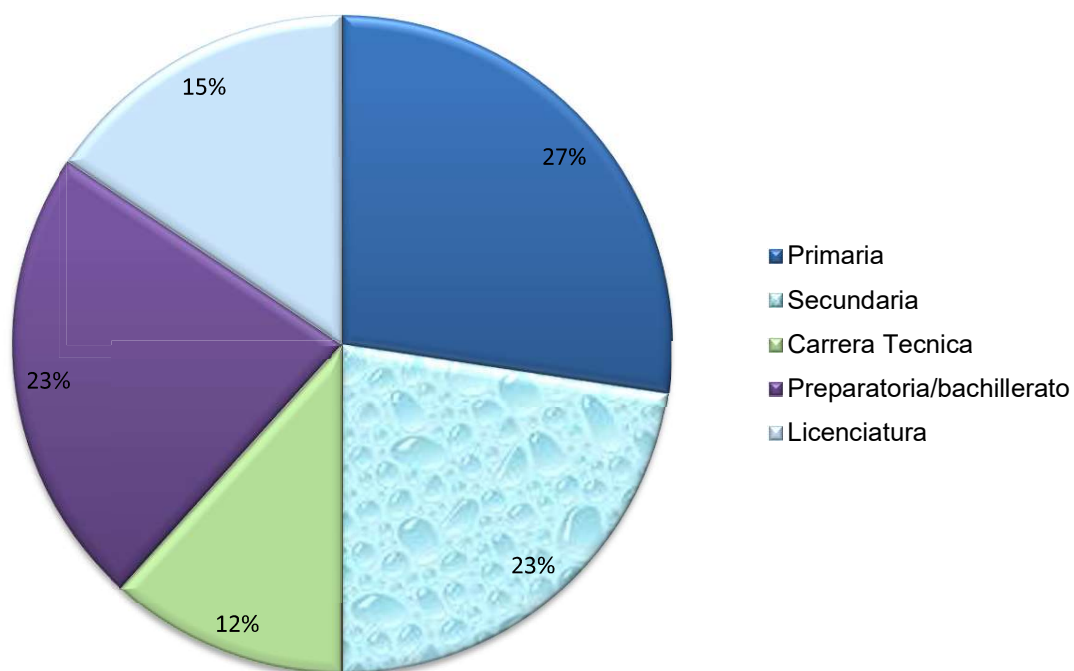
**Figura 2. Estado Civil de la población masculina encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad.

**Cuadro 3. Escolaridad de la población masculina encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Escolaridad</b>	Primaria	105	27.3
	Secundaria	87	22.7
	Carrera Técnica	45	11.7
	Preparatoria/bachillerato	87	22.7
	Licenciatura	60	15.6
	<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad.



**Figura 3. Estado Civil de la población masculina encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

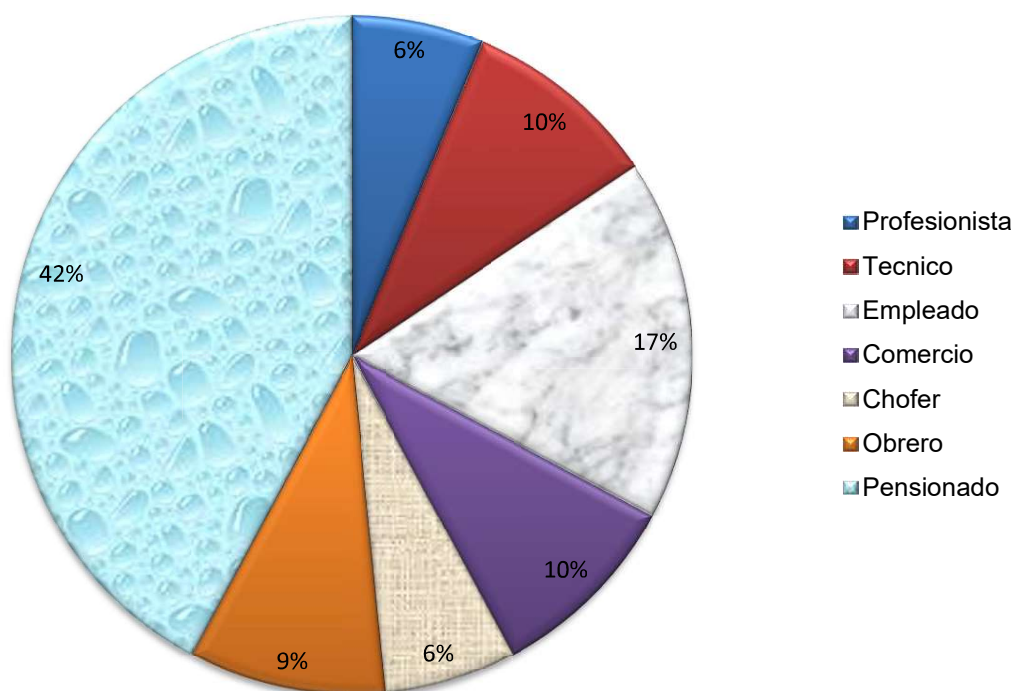
Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad.



**Cuadro 4. Ocupación de la población masculina encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Profesionista	24	6.3
Técnico	36	9.4
Empleado	66	17.2
Comercio	36	9.8
Chofer	24	6.3
Obrero	36	9.4
Pensionado	162	42.2
Total	384	100

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad.



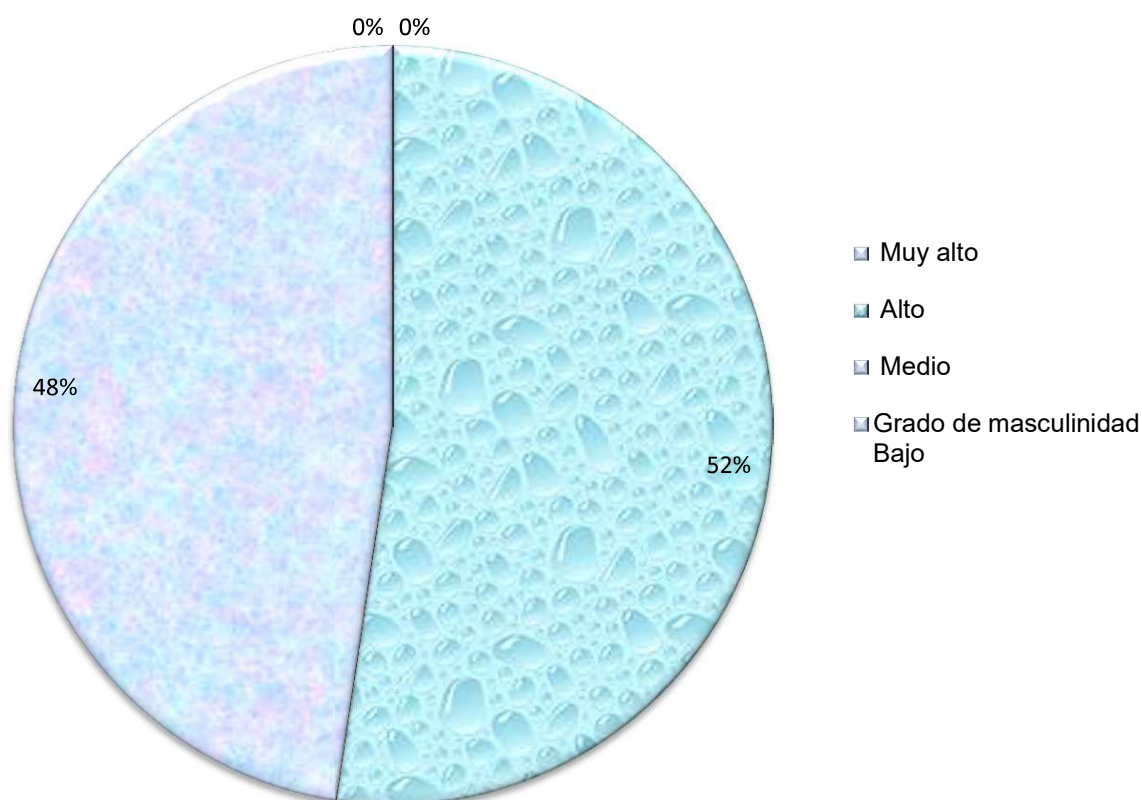
**Figura 4. Ocupación de la población masculina encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad.

**Cuadro 5. Grado de masculinidad de la población masculina encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Grado de masculinidad</b>	Muy alto	0	0
	Alto	201	52.3
	Medio	183	47.7
	Bajo	0	0
	Total	384	100

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad.



**Figura 5. Grado de masculinidad de la población masculina encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad.

### **Tamiz de Cáncer de Próstata.**

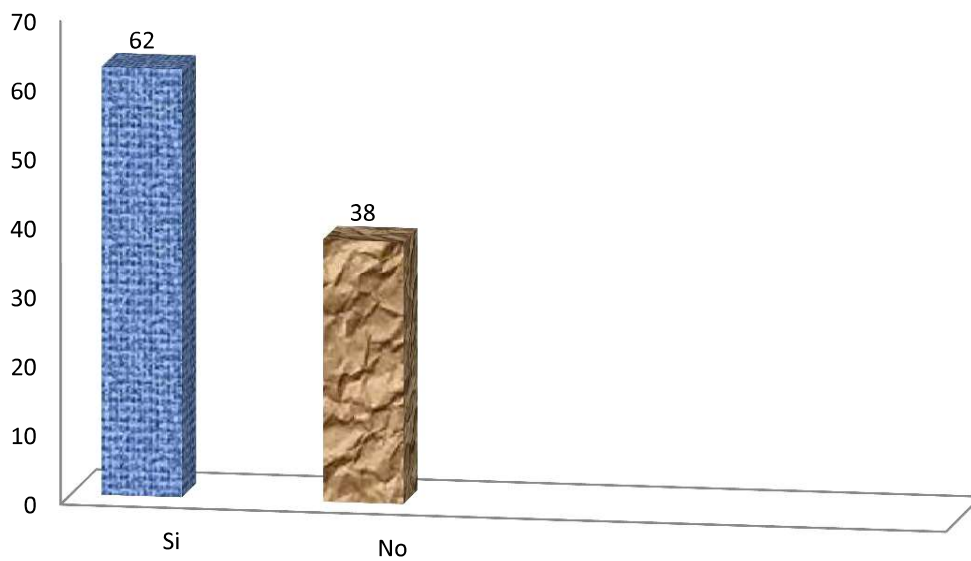
De los 384 pacientes entrevistados 237 pacientes (62%) opinaron que no se realizaban el tacto rectal por falta de información por parte de su médico, mientras 147 (38%) opino que habían recibido información acerca del tacto rectal. El 89% de los pacientes considera que le tacto rectal no es una violación y el 11% si lo considero una violación. El 79% le era indiferente quien le realice el tacto rectal, el 21% si preferirá que se lo realice una mujer. Si los hombres por iniciativa propia se realizarían el tacto rectal el 46% opino que sí, el 54% no se lo haría. Por recomendación médica el 79% si se lo realizaría y el 20%.No se sienten disminuidos como hombres ante la realización del tacto rectal en un 91% y el 9% si, No les gusta hablar solo el tacto rectal al 72% y al 28% sí. Se realizarían el tacto rectal solo en casos extremos el 60% y el 40% no. En su opinión para el 89% no tiene relación el tacto rectal con su erección y para el 11% sí. Considera el 75% que ha y mejores estudios para examinar la próstata que el tacto rectal y el 25% no. El 52%v de los hombres no se realizarían más de una vez el tacto rectal y 48% sí. Opinan que sabrán cuando se enferme cuando tengan sintomatología el 74% y el 26% no. Los hombre en un 69% no ha pensado en realizarse el tacto rectal y solo el 31% sí. Como se muestra en la figura 6 a la 20.

**Cuadro 6. Tamiz de Cáncer de Próstata de la población masculina de la UMF**

	Frecuencia		Total
	Si (%)	No (%)	
<b>Pregunta 1.</b> No me hago el examen del tacto rectal por falta de información clara por parte del médico.	237 (62)	147 (38)	384
<b>Pregunta 2.</b> Creo que el tacto rectal es como una violación.	42 (11)	342 (89)	384
<b>Pregunta 3.</b> Prefiero que el examen del tacto rectal me lo haga una mujer.	81 (21)	303 (79)	384
<b>Pregunta 4.</b> Si usted tiene la edad de riesgo, ¿Se haría el tacto rectal por iniciativa propia?	177 (46)	207 (54)	384
<b>Pregunta 5.</b> El examen del tacto rectal es molesto; pero, no es nada del otro mundo.	276 (72)	108 (28)	384
<b>Pregunta 6.</b> No me hago el examen del tacto rectal porque creo que a mí no me va a pasar.	99 (26)	285 (74)	384

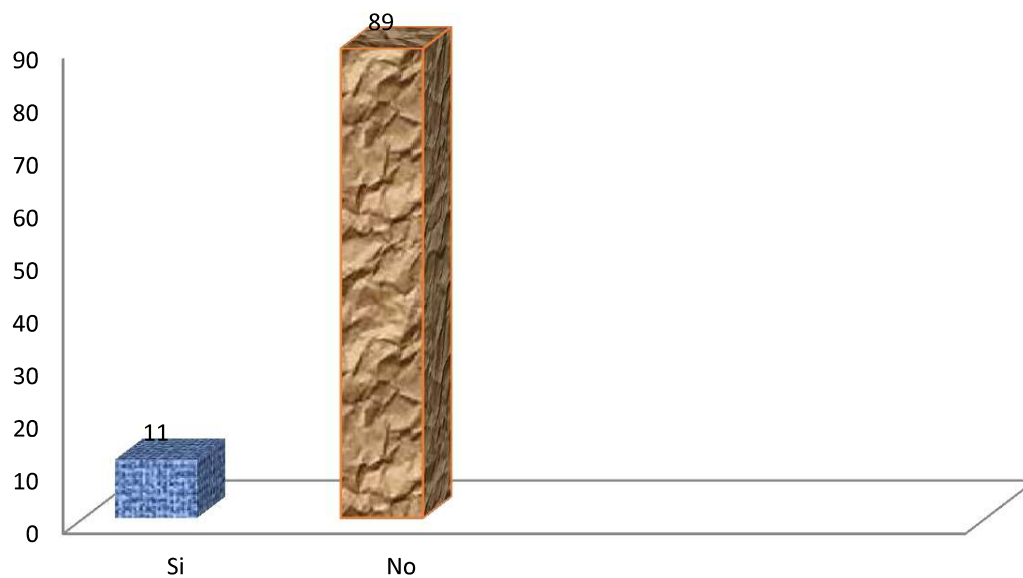
Pregunta 7.			
Me hago el examen del tacto rectal yo, solo cuando me lo recomienda el médico.	306 (80)	78 (20)	384
Pregunta 8.			
Si me realizo el tacto rectal, me siento disminuido como hombre.	351 (9)	33 (91)	384
Pregunta 9.			
No me gusta hablar acerca del examen del tacto rectal con nadie.	108 (28)	276 (72)	384
Pregunta 10.			
Me haría el examen de tacto rectal solo en casos extremos.	231 (60)	51 (40)	384
Pregunta 11.			
El examen de próstata tiene que ver con mi erección.	42 (11)	342 (89)	384
Pregunta 12.			
Pienso que hay otros exámenes para examinar la próstata mejor que el del tacto rectal.	288 (75)	96 (25)	384
Pregunta 13.			
No me haría el examen del tacto rectal más de una vez.	183 (48)	201 (52)	384
Pregunta 14.			
Sabré que tengo problemas de próstata en el momento en que me enferme.	285 (74)	99 (26)	384
Pregunta 15.			
Nunca he pensado en hacerme el examen del tacto rectal	120 (31)	264 (69)	384

Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.



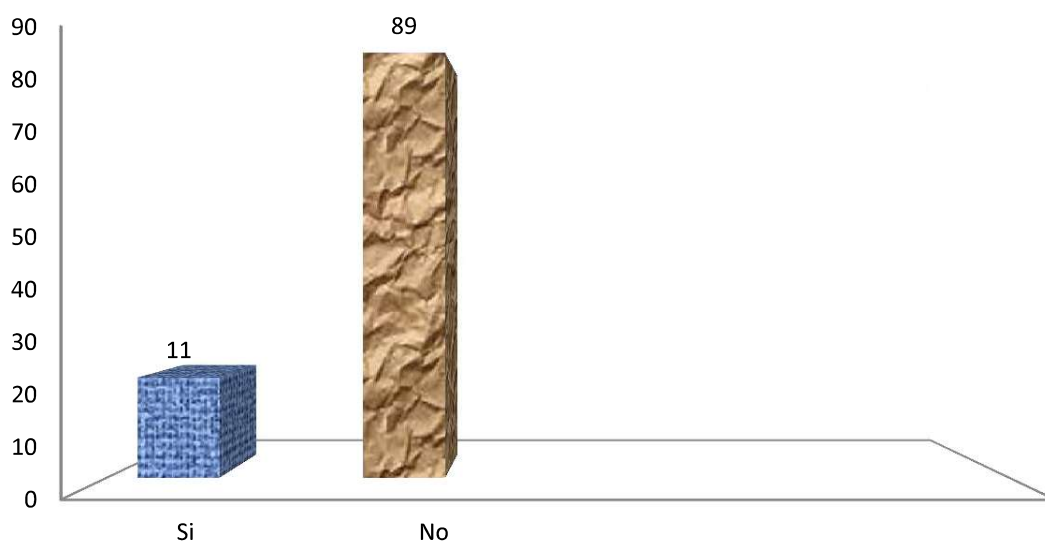
**Figura 6. Porcentaje de hombres de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15 que respondieron a la pregunta 1. No me hago el examen del tacto rectal por falta de información clara por parte del médico. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.



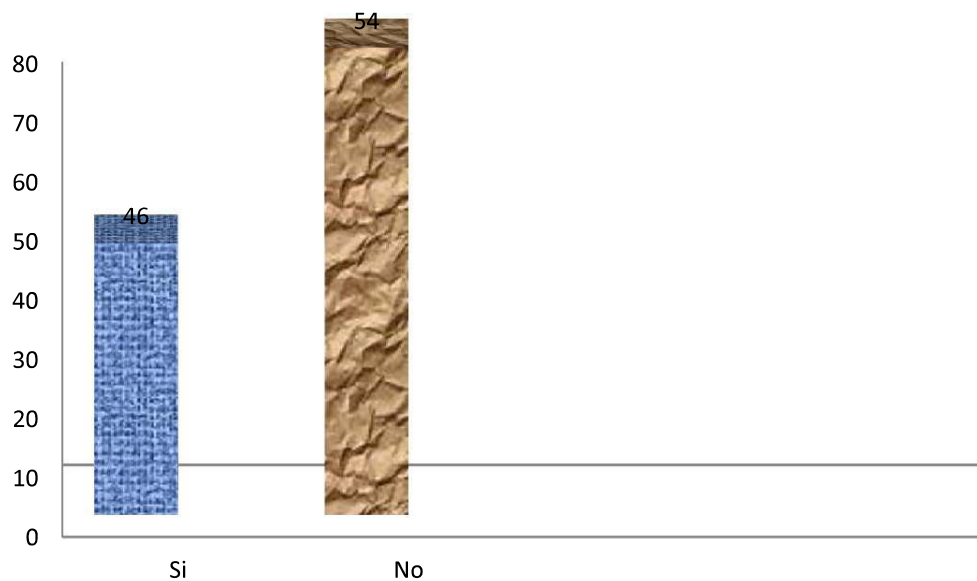
**Figura 7. Porcentaje de hombres de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15 que respondieron a la pregunta 2.Creo que el tacto rectal es como una violación. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.



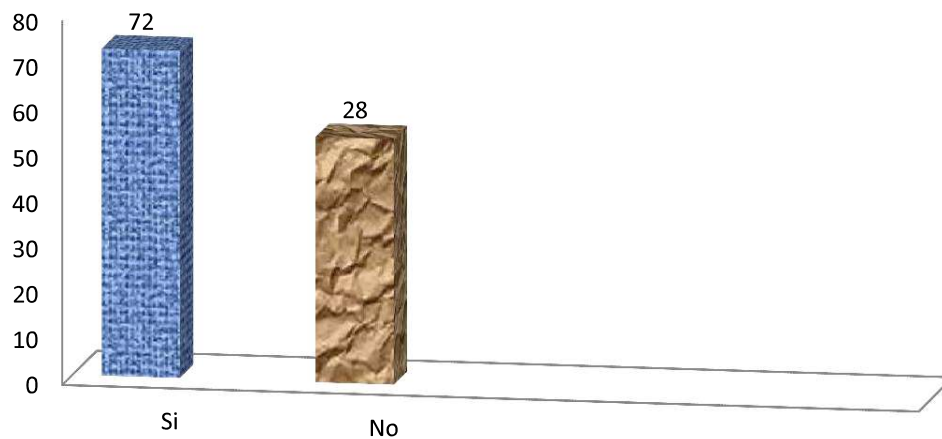
**Figura 8. Porcentaje de hombres de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15 que respondieron a la pregunta 3.Prefiero que el examen del tacto rectal me lo haga una mujer. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.



**Figura 9. Porcentaje de hombres de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15 que respondieron a la pregunta 4. Si usted tiene la edad de riesgo, ¿Se haría el tacto rectal por iniciativa propia? Mayo-Julio 2018.**

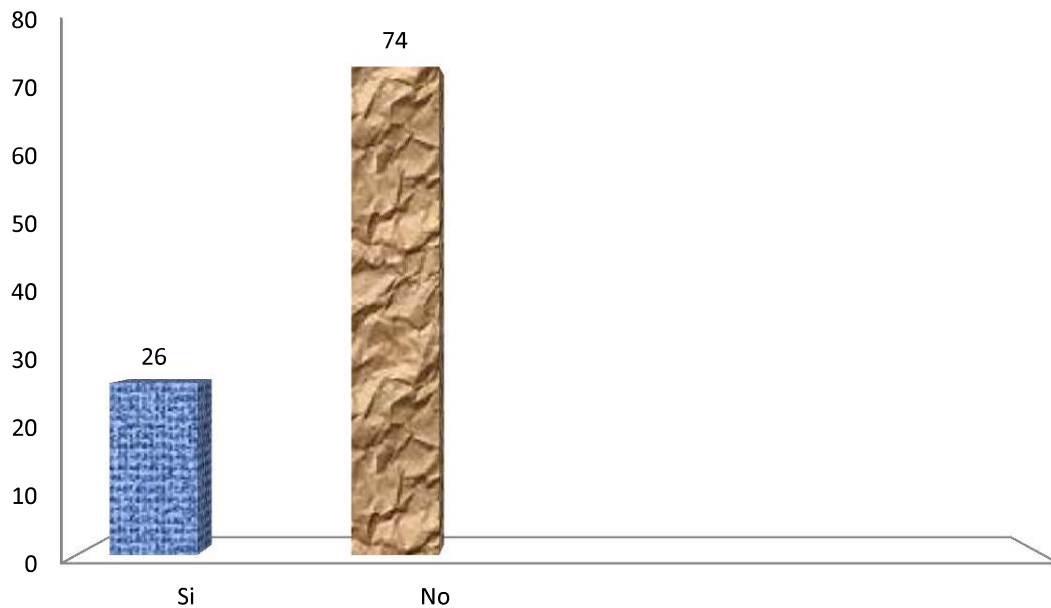
Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.



**Figura 10. Porcentaje de hombres de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15 que respondieron a la pregunta 5.El examen del tacto rectal es molesto; pero, no es nada del otro mundo. Mayo-Julio 2018.**

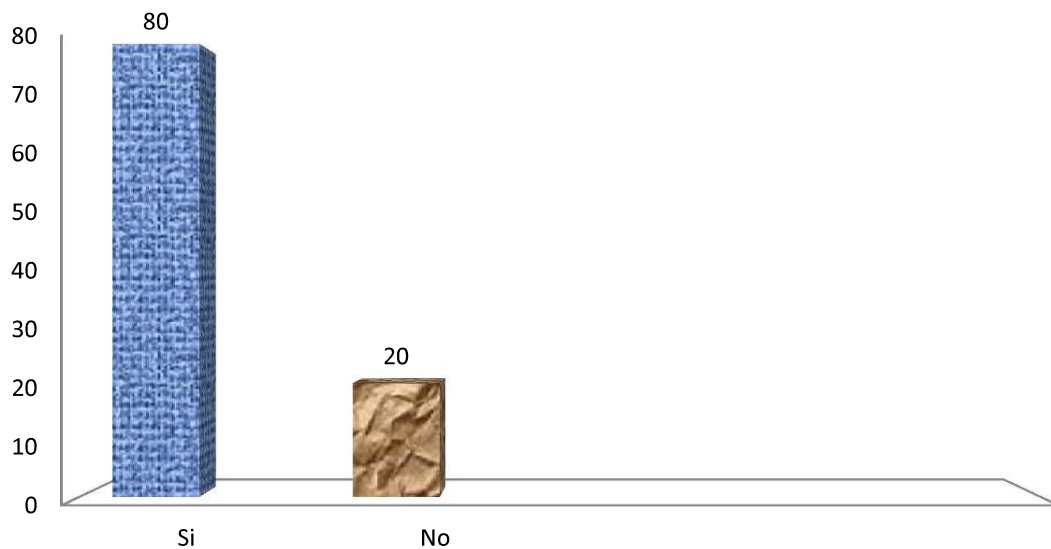
Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.





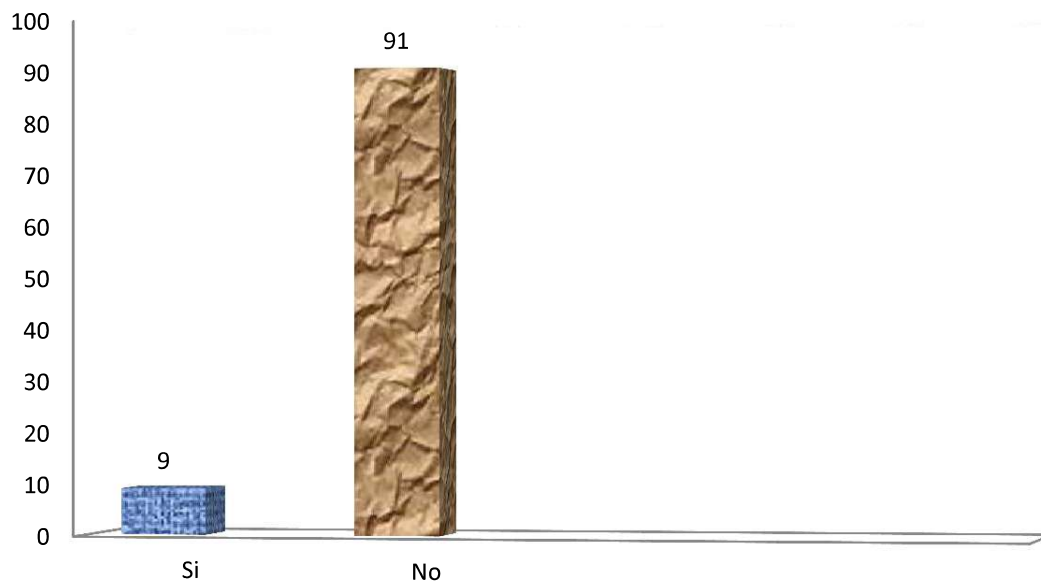
**Figura 11. Porcentaje de hombres de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15 que respondieron a la pregunta 6.No me hago el examen del tacto rectal porque creo que a mí no me va a pasar. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.



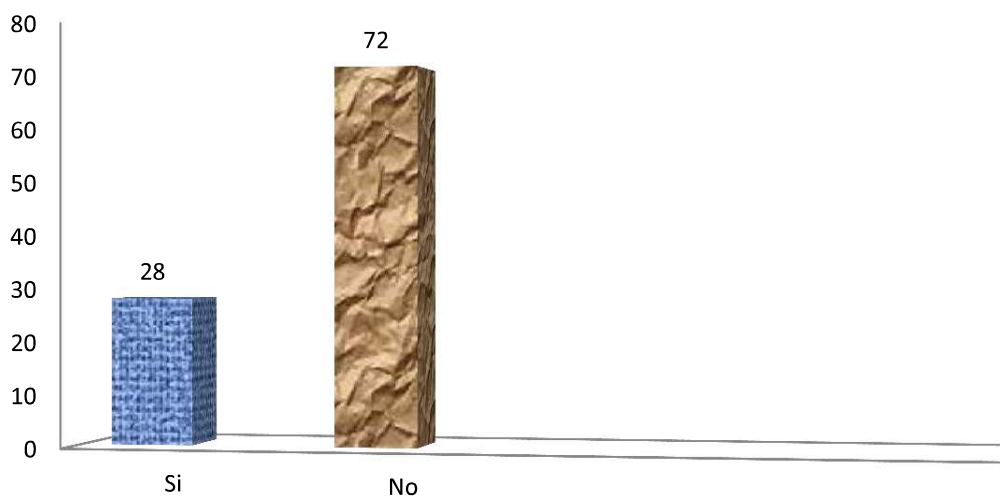
**Figura 12. Porcentaje de hombres de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15 que respondieron a la pregunta 7.Me hago el examen del tacto rectal yo, solo cuando me lo recomienda el médico. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata



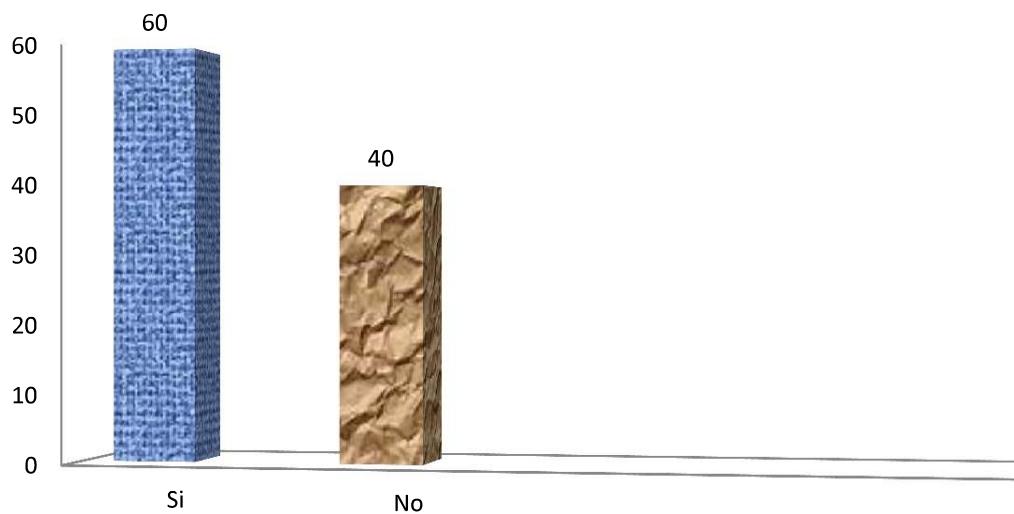
**Figura 13. Porcentaje de hombres de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15 que respondieron a la pregunta 8.Si me realizo el tacto rectal, me siento disminuido como hombre. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.



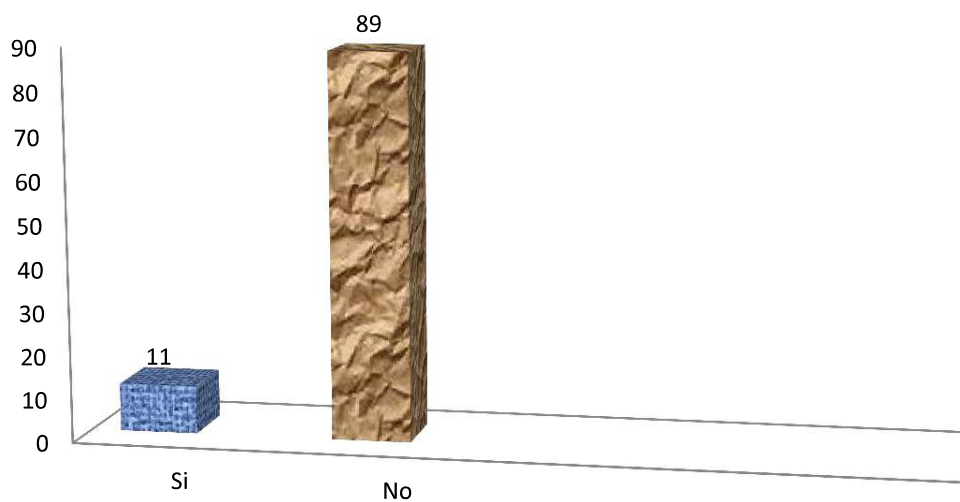
**Figura 14. Porcentaje de hombres de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15 que respondieron a la pregunta 9.No me gusta hablar acerca del examen del tacto rectal con nadie. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.



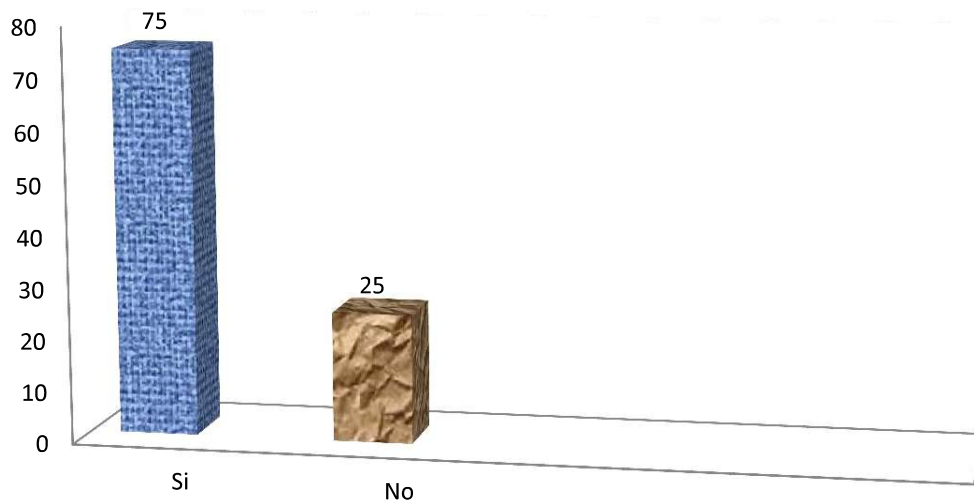
**Figura 15. Porcentaje de hombres de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15 que respondieron a la pregunta 10.Me haría el examen del tacto rectal solo en casos extremos. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.



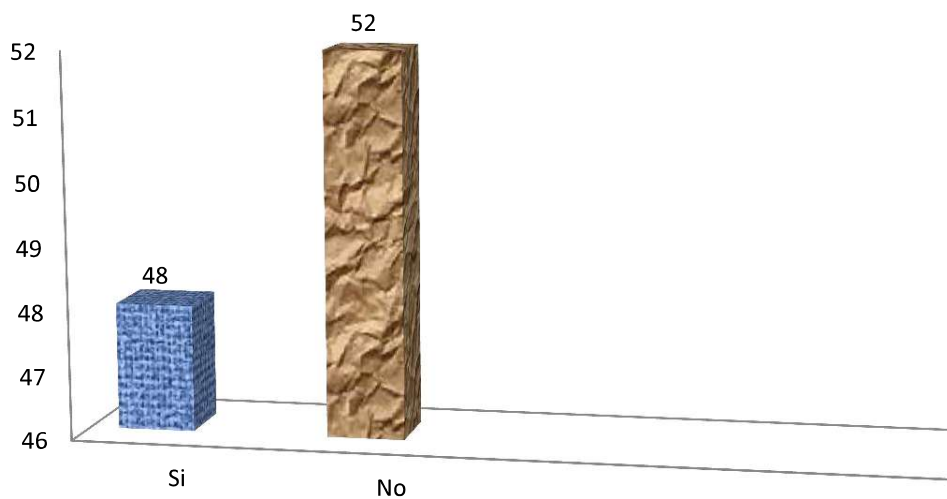
**Figura 16. Porcentaje de hombres de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15 que respondieron a la pregunta 11.El examen de próstata tiene que ver con mi erección. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.



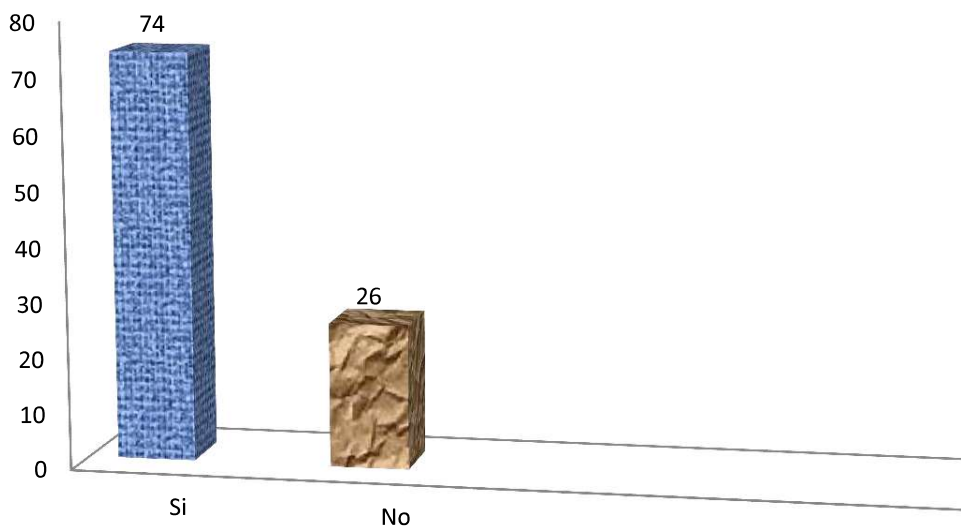
**Figura 17. Porcentaje de hombres de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15 que respondieron a la pregunta 12. Pienso que hay otros exámenes para examinar la próstata mejor que el tacto rectal. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.



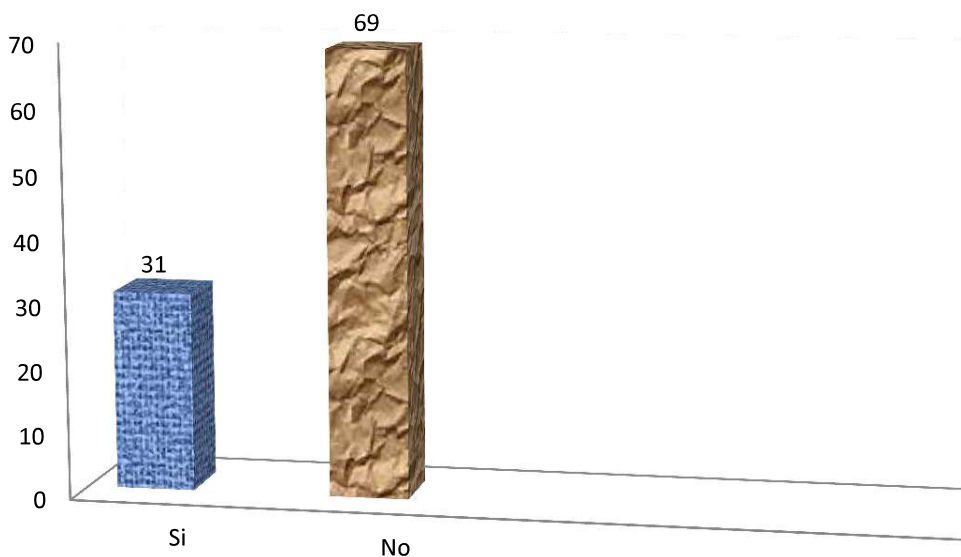
**Figura 18. Porcentaje de hombres de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15 que respondieron a la pregunta 13. No me haría el examen del tacto rectal más de una vez. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.



**Figura 19. Porcentaje de hombres de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15 que respondieron a la pregunta 14. Sabré que tengo problemas de próstata en el momento en que me enferme. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.



**Figura 20. Porcentaje de hombres de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15 que respondieron a la pregunta 15. Nunca he pensado en hacerme el examen del tacto rectal. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.

### Escolaridad y relación con masculinidad.

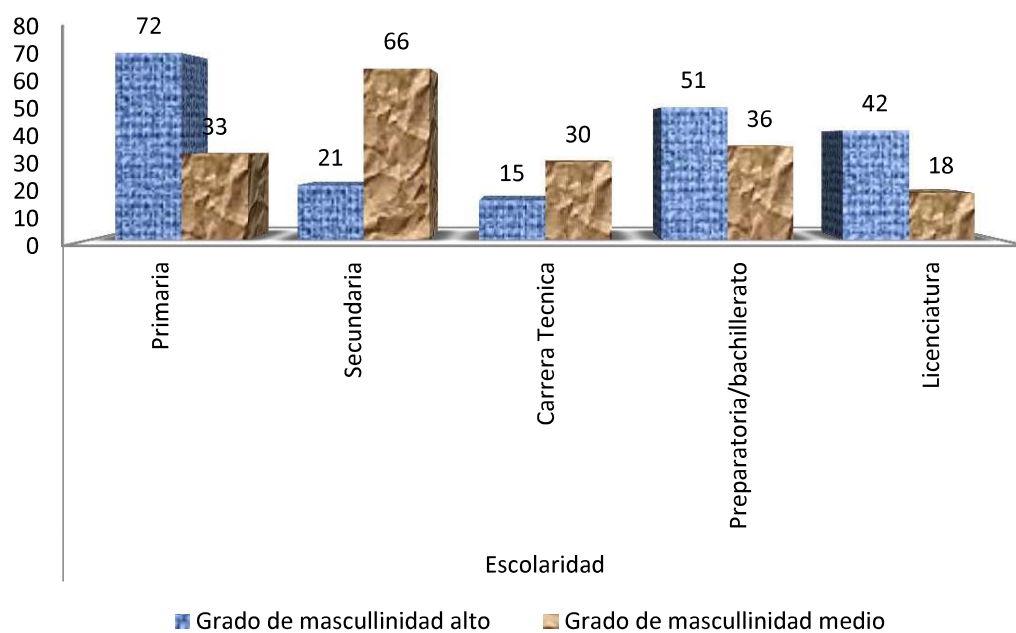
La relación que se encontró entre la escolaridad y la masculinidad fue: De los 384 participantes ,105 cursaron educación primaria y de estos 72 se encuentran con un grado de masculinidad alto y 33 medio, En primaria contamos con 105 personas de las cuales 72 están con masculinidad alta y 33 con baja, con secundaria que fueron un total de 87, 66 fueron con una masculinidad media y 21 con baja, para los de bachillerato que son 87 ,51 son con masculinidad alta y 36 con baja, en carrera técnica que son 45,30 son de grado medio y 15 con grado bajo, para el nivel licenciatura predominó el grado alto con 42 con un grado alto y 18 con bajo para un total de 60 participantes.

**Cuadro 7. Escolaridad y relación con la masculinidad de la población encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

#### Grado de masculinidad\*Escolaridad

		Escolaridad					Total
		Primaria	Secundaria	Carrera Técnica	Bachillerato	Licenciatura	
Grado de masculinidad	Alto	72	21	15	51	42	201
	Medio	33	66	30	36	18	183
Total		105	87	45	87	60	384

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad/ Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.



**Figura 21. Escolaridad y relación con la masculinidad de la población encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad/ Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.

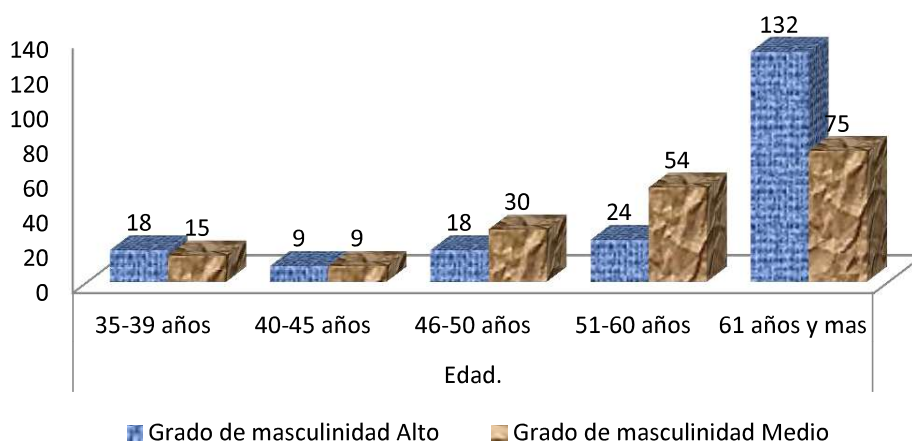
### Relación de edad y masculinidad.

De los 384 participantes al relacionar la edad con el grado de masculinidad se encuentra que en el grupo de 35-39 años 18 están con grado alto, y 15 con medio, del de 40-45 9 con alto y 9 con medio, del 46-50 años 18 son altos y 30 medios, del grupo 51-60 años 24 son altos y 54 medios, de los de 61 y más 132 son con masculinidad alta y 75 con media.

**Cuadro 8. Edad y relación con la masculinidad de la población encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

		Edad.					
		35-39 años	40-45 años	46-50 años	51-60 años	61 años y mas	Total
Grado de masculinidad	Alto	18	9	18	24	132	201
	Medio	15	9	30	54	75	183
<b>Total</b>		<b>33</b>	<b>18</b>	<b>48</b>	<b>78</b>	<b>207</b>	<b>384</b>

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad/ Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata



**Figura 21. Edad y relación con la masculinidad de la población encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad/ Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.



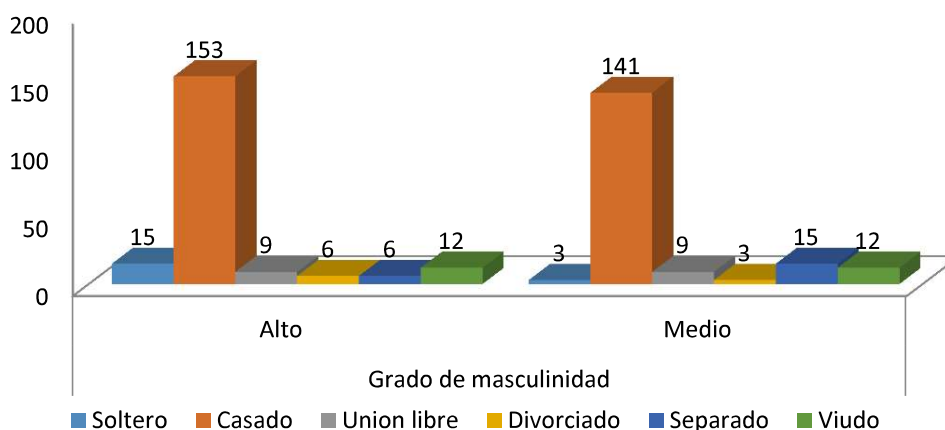
### Relación de estado civil y masculinidad.

De los 384 participantes 18 son solteros de los cuales 15 salieron con grado alto y 3 con medio, de los 294 casados, 153 están con alta masculinidad y 141 con media, de los 18 en unión libre ,9 son altos y 9 medios, de los 9 divorciados 6 son con alta masculinidad y 3 con media, de los 21 separados ,6 son con alta masculinidad y 15 con media, de los 24 viudos 12 son con alta y 12 con media.

**Cuadro 9. Estado civil y relación con la masculinidad de la población encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

		Estado Civil						Total
		Soltero	Casado	Unión libre	Divorciado	Separado	Viudo	
Grado de masculinidad	Alto	15	153	9	6	6	12	201
	Medio	3	141	9	3	15	12	183
Total		18	294	18	9	21	24	384

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad/ Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata



**Figura 21. Estado civil y relación con la masculinidad de la población encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad/ Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata

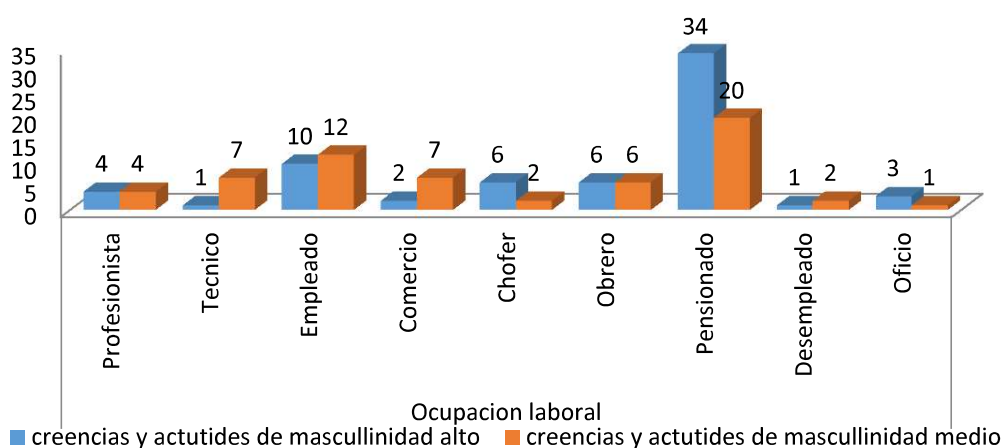
### **Relación de ocupación y masculinidad**

De los 384 participantes en las diversas profesiones podemos mencionar que de los 24 profesionistas 12 son con alta masculinidad y 12 con media, en nivel técnico que son 24, 3 con alta y 21 con medio, de los 66 empleados 30 con alta y 36 con media, en el comercio 27 participantes ,6 con alta y 21 con media, Choferes son 24 de los cuales 18 con alta y 6 con media, obreros son 36 de los cuales 18 con alto y 18 medio, pensionados 162 de los que 102 con alto y 60 con medio desempleados son 9 de los cuales 3 con alta y 6 con medio, con un oficio 12 de los que 9 con resultado alto y 3 con medio.

**Cuadro 10. Ocupación y relación con la masculinidad de la población encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad/ Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.

		Ocupación laboral									
		Profesionalista	Técnico	Empleado	Comercio	Chofer	Obrero	Pensionado	Desempleado	Oficio	Total
Creencias y actitudes de masculinidad	Alto	12	3	30	6	18	18	102	3	9	67
	Medio	12	21	36	21	6	18	60	6	3	61
Total		24	24	66	27	24	36	162	9	12	384



**Figura 22. Ocupación Laboral y relación con la masculinidad de la población encuestada de la Unidad de Medicina Familiar número 15 delegación Sur. Mayo-Julio 2018.**

Fuente: Encuesta Creencias y Actitudes de Masculinidad/ Cuestionario sobre el Tamiz de Cáncer de Próstata.

### **13. DISCUSION.**

A continuación planteo aspectos surgidos de los resultados y que en conjunto, contribuyen a situar el estudio de los varones y la masculinidad dentro de una perspectiva de salud.

Esta tesis fue diseñada para explorar percepciones y conocimientos establecidos sobre la masculinidad, identificando que genera vulnerabilidad y suponen riesgo para la salud de los hombres.

Según los resultados, encontramos un número de variables asociadas al rechazo del tamizaje del tacto rectal con la masculinidad. Los cuales podrían desempeñar un rol importante y significativo en la prevención del cáncer de próstata y a su vez en la disminución de este.

Iniciando desde la decisión de acudir a la unidad para solicitar una atención preventiva la cual es prácticamente nula, ya que los pacientes que fueron encuestados eran en su mayoría pertenecientes al grupo de la tercera edad, acudiendo no a medicina preventiva si no paleativa. Donde el grupo en etapa productiva acude en su minoría y por padecimientos en agudo asociando esto por la capacidad de asumir el rol de proveedor económico de la familia, considerado una manifestación de hombría, así que para el hombre enfermarse no es una opción, solo si esta llega a estar asociada con su trabajo, partiendo de esto el grado de masculinidad que está presente en nuestra población es alto y medio, con ligera tendencia hacia un grado alto.

Donde el nivel educativo no marco una gran diferencia en cuanto a la percepción de su masculinidad ya que dentro de los resultados se encontró una presencia de grado alto en escolaridades: primaria, bachillerato y licenciatura, sin embargo el ámbito laboral donde se desenvuelve el hombre día tras día si es un factor que llega a influenciar en la masculinidad ya que en actividades como ser chofer y empleado marcaron un mayor grado de masculinidad, pudiendo considerar que los factores sociales donde se desenvuelve un hombre, refuerzan la masculinidad.

Dirigiendo la atención sobre los actos de masculinidad desde la perspectiva del tacto rectal; donde los hombres no lo consideran como una opción de prevención, si no como parte de una revisión médica cuando ya se tiene problemas de próstata avanzados y no hay otra opción más que ese tipo de revisión; ellos consideraron el tacto rectal no como una violación ,ni una molestia física grave ya que para ellos lo realiza el personal médico que está capacitado, pero reafirman que solo lo realizarían si es muy necesario, por iniciativa propia no se lo realizarían y la mayoría de ellos ni siquiera han pensado en realizárselo alguna vez en su vida a pesar de ya entrar en el grupo de riesgo para padecer cáncer de próstata, en general vislumbran como poco probable en sus vidas de que a ellos les pase una enfermedad de ese tipo.

En su mayoría consideran que hay mejores opciones para diagnosticar un problema de próstata sin tener que pasar por el tacto rectal. Pensando que se atenderán cuando tengan sintomatología, lo que confirma que dentro de la masculinidad esto es signo de fuerza y la enfermedad es un sinónimo de debilidad, que se justifica ante la opinión de un experto clínico, esto por el hecho de la construcción social de la masculinidad.

Al género masculino no le gusta hablar con ninguna persona a cerca del procedimiento del tacto rectal, puesto que consideran que es algo que solo se debe de platicar con el médico y no es un tema que se deba tocar con sus familias ni conocidos, pudiendo considerar como un posible tabú en esta sociedad donde se refuerza que el hombre es fuerte y al realizarse esta revisión implica no solo la parte física si no emocional del hombre.

Los hombres no reciben información acerca de las medidas de prevención que deben de realizarse de manera cotidiana; la mayoría de nuestra población nunca había hablado con su médico familiar sobre el tacto rectal y la sintomatología del cáncer de próstata, esto reafirma que la salud de los hombres no es una prioridad en nuestra consulta diaria no los consideramos un grupo en riesgo a pesar del

número de defunciones de cáncer. Siendo estas prácticas cotidianas que perpetúan desigualdades de género en salud dentro de nuestro contexto.

El presente estudio observo que la cantidad de pacientes con respuesta afirmativa acerca de la masculinidad y el rechazo del tamizaje rectal es parecida a lo que reporte por otros autores en países latinoamericanos como Puerto Rico (11) tomo población con diagnóstico establecido de cáncer de próstata en donde los pacientes rechazaron la realización del tacto rectal por sus ideas y pensamientos acerca del tacto rectal que no permitió que se les realizara y desarrollaron la enfermedad, aportando una visión de cómo el hombre ve el tacto rectal a un padeciendo la enfermedad.

Demostrando esto con un diseño metodológico adecuado, a través de los 2 cuestionarios realizados que evaluaron la masculinidad y la percepción del tacto rectal, estos instrumentos son escasos en el ámbito médico, se han desarrollado en el área de psicología y se han trabajado pero con pacientes con diagnóstico de cáncer próstata donde se evalúa como esta enfermedad modifica la vida del paciente y su pareja, en estados unidos se realiza un estudio en población latina para ver el machismo, sin embargo a través de este trabajo busco iniciar una medida preventiva para la salud masculina y a su vez para la mortalidad tan alta de cáncer de próstata (15).

Las limitaciones de este estudio se refieren a su carácter no probabilístico. Una limitación adicional tiene que ver con el hecho de que la información pudo verse afectada por la deseabilidad social, factor que en el presente estudio estuvo presente. Esto es un sesgo en el resultado hallado, ante la tendencia de los individuos a dar respuesta con las que esperan satisfacer al encuestador.

A pesar de la limitación referida, el estudio resulta útil para efectos de orientar acciones para incrementar la concientización de la importancia del tacto rectal.

La principal fortaleza de este estudio fue que su desarrollo se condujo a la elaboración de 2 cuestionarios. Estos fueron realizados y aplicados siguiendo por

primera vez un riguroso proceso. Durante la realización de las encuestas las opiniones vertidas de cada uno de los hombres que participaron enriquecieron este trabajo.

Por lo tanto en estudios futuros se sugiere realizarse a gran escala y con la realización de una entrevista más personalizada con personal mixto para evitar sesgos.

Con el fin de eliminar las barreras de realización de esta medida preventiva , se hace necesario el desarrollo de acciones dirigidas a garantizar una mayor calidad en la inducción del examen rectal, así como en suministro de una información más adecuada y pertinente a un mayor número de hombres. Adicionalmente mejorar los servicios de prevención y detección temprana de cáncer de próstata, por lo que no se limitara al ámbito de los profesionales de la salud, sino a la población para la toma de conciencia en la prevención y detección precoz del cáncer de próstata.

## **14. CONCLUSIONES**

Los presentes resultados de este estudio abren la oportunidad sobre reflexionar que efectivamente la masculinidad es un factor decisivo en el proceso de salud/enfermedad de los hombres. Todo esto realizado a través de 2 cuestionarios que fueron validados por medio de este trabajo.

Uno de los miedos más grandes que persiste en los hombres es el de someterse al examen de próstata, aun cuando puede salvarles la vida. Demostrado a través de esta investigación que la masculinidad guarda relación con la resistencia al procedimiento del tacto rectal de la población masculina y esta a su vez se encuentra más presente en los varones del grupo de edad de más de 61 años, la escolaridad no modifico el sistema de creencias de los hombres sobre el tacto rectal y la ocupación es de relevancia ya que los empleos donde las interacciones son prácticamente exclusivas dentro de su mismo género resultan con un grado de mayor masculinidad, el estado civil no muestra significancia alguna en los resultados, confirmando que la masculinidad es una construcción social de todos los días, y que se relaciona con el tipo de cultura que compartimos en la población mexicana donde por usos y costumbres la masculina hegemónica está presente el diario vivir de nuestra población.



## **15. RECOMENDACIONES.**

Esta investigación debe de servir para impulsar el debate sobre la influencia de la masculinidad en la salud de los varones, desarrollando análisis más complejos sobre sus implicaciones y consecuencias.

Crear estrategias de actuación para mejorar la salud de los hombres, de una forma que a través del primer contacto con el paciente se sensibilice sobre la importancia de su salud y en este caso en específico sobre el cáncer de próstata. Esto a través de información visual en los pasillos y salas de espera de la unidad, así como trípticos informativos, además de enfatizar la prevención por parte de médico en cada consulta que acude.

## 16. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. [Online]. 2017 [cited 2017 November 02. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
2. BJJ S. Tendencias de mortalidad y años potenciales de vida perdidos por cáncer de próstata en los 32 estados y en las 7 regiones socioeconómicas de México en el periodo 2000-2010. Gaceta médica de México. 2013; 149.
3. Cayetano AA RRZMNBea. Características de los casos incidentes de cáncer de próstata en los últimos 5 años en un hospital de tercer nivel en México. Revista Mexicana de urología. 2016; 76(2).
4. CENETEC. Diagnostico y tratamiento del cáncer de próstata en el segundo y tercer nivel de atención. 2012..
5. Ruiz LAI PMBL. Actualización sobre cáncer de próstata. Correo científico médico de Holguín. 2017;(2).
6. Ramos GC FO. Detección precoz de cáncer de próstata. Medica Clínica Condes. 2013; 24(4).
7. López CCJ SGPAVV. Valor clínico del tacto rectal y antígeno prostático específico en la detección oportuna del cáncer de próstata en Hermosillo Sonora. Revista Mexicana de Urología. 2013; 73(6).
8. Fulla J SDVFCe. Utilidad del tacto rectal en pacientes con cáncer de próstata y antígeno prostático menor de 4ng/ml. Revista Chilena de Urología. 2014; 79(4).
9. García GD CVF. Importancia del tacto rectal en el diagnóstico del cáncer de próstata en Atención primaria... Revista de medicina de familia y atención primaria. 2016; 20(17).
10. Cuñat A MC. Cáncer de próstata. SEMERGEN. 2002; 28(6).
11. Rivero A BR. El cáncer de próstata y la construcción social de la masculinidad en Puerto Rico. Psicología, conocimiento y sociedad. 2016; 6(1).
12. K. B. El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. Género y salud en el sureste de México. 1997.
13. R C. Genero, Salud y Teoría: Conceptualizando el tema en perspectiva mundial y local. Diseño de Protesta. 2013; 39(63-77).

14. Garcia CMM HRRLa. Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociology of Health & Illness*. 2012; 34(6).
15. JD. U. The intersection between masculinity and health among rural immigrant Latino men. *Int J Mens Health*. 2017 Abril; 16(1).
16. Social SdD. Sensibilización en masculinidad y violencia de genero. 2011..
17. K B. " Sé que debo parar, pero no sé cómo". Abordajes teóricos en torno a los hombres, la salud y el cambio. *Revista Latinoamericana. Sexualidad, salud y sociedad*. 2016 Abril; 22.
18. C A. Representations of masculinity in adherence to rectal examination as prevention against prostate cancer. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2016 Julio-Septiembre; 8(3).
19. Arenas ML BKFST. Género y autocuidado entre profesionales de la salud en México. *Género y salud en cifras*. 2012 Mayo-Diciembre; 10(2-3).
20. Heidenreich A AGMSBSPa. Guía de la EAU para el Cáncer de Próstata. *ACTAS UROLÓGICAS ESPAÑOLAS*. 2009; 33(2).
21. Allepuz LC BFRS. ¿Cuál es el algoritmo diagnóstico más apropiado para el cribado del cáncer de próstata? *ACTAS UROLÓGICAS ESPAÑOLAS*. 2005 Mayo; 29(5).
22. Fernández de Sanmamed SMJ BT,AG. Comprensión de un documento que informa a los ciudadanos sobre los beneficios y los riesgos del cribado para el cáncer de próstata. Estudio mediante entrevistas estructuradas. *Revista Española Salud Pública*. 2007 Mayo-Junio; 81(3).
23. Arbeláez DJ MA. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín. *Facultad Nacional de Salud Pública*. 2012 Septiembre-Diciembre; 30(3).
24. Castañeda MB CFYW. Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS PUCRS Ud, editor. Porto Alegre: Universidad Pontifica de Rio Grande.; 2010.
25. iscii.es. [Online].; 2013 [cited 2017 Noviembre 3. Available from: <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=15&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj3uZSytNfXAhUh8YMKHULuApQQFghxMA4&url=http%3A%2F%2Fwww.iscii.es%2FISCIIE%2Fes%2Fcontenidos%2Ffd-investigacion%2Ffd-evaluacion%2Ffd-evaluacionetica-investigacio>.

26. Federacion DOdl. [Online].; 2014 [cited 2017 Noviembre 23. Available from:  
<https://legalzone.com.mx/reglamento-de-la-ley-general-de-salud-en-materia-de-investi>.
27. Secretaria de desarrollo social EM. Sensibilizacion en masculinidad y violencia de genero.  
2011..

17. ANEXOS.

Anexo 1

Instrumento de medición de  
"Creencias y actitudes de Masculinidad"

Edad: \_\_\_\_\_. Estado Civil: \_\_\_\_\_.  
Escolaridad: \_\_\_\_\_. Ocupación: \_\_\_\_\_.

**Instrucciones:** Lea cuidadosamente cada enunciado y marque con una "X", en una de las columnas de la derecha según sea su grado de acuerdo o desacuerdo con él.

No	Items	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
1	Que la mujer tenga relaciones sexuales antes del matrimonio.				
2	Que el hombre tenga experiencia sexual antes del matrimonio.				
3	Que un hombre tenga hijos fuera del matrimonio.				
4	Que una mujer engañe a su pareja.				
5	Que el hombre tenga relaciones sexuales con prostitutas o amigas después del matrimonio.				
6	Que una mujer tenga experiencia sexual, después del matrimonio.				
7	El hombre debe encargarse de tener condones para la relación sexual.				
8	En las relaciones sexuales la mujer debe traer siempre preservativos.				
9	La mujer debe perdonar las acciones de infidelidad.				
10	El hombre dispensar y comprender a su pareja, si realiza algunas acciones de infidelidad.				
11	Hombre siempre debe pedir a su pareja tener relaciones sexuales, cuando lo desee.				

<b>12</b>	La mujer debe tener siempre la iniciativa para el acto sexual.				
<b>13</b>	Hombre debe tener siempre una mayor preparación.				
<b>14</b>	La mujer debe tener una preparación intelectual inferior al hombre.				
<b>15</b>	El hombre debe ser el proveedor de la casa.				
<b>16</b>	La mujer tiene que participar en los ingresos de la casa.				
<b>17</b>	Es conveniente que el hombre gane más dinero que su pareja.				
<b>18</b>	Te gustaría que tu pareja gane más que tú.				
<b>19</b>	Que la mujer se niegue a tener relaciones sexuales cuando su pareja se lo pide.				
<b>20</b>	El hombre debe estar siempre dispuesto para tener relaciones sexuales.				
<b>21</b>	Las labores del hogar les competen a las mujeres por naturaleza.				
<b>22</b>	En el quehacer del hogar, el hombre tiene la obligación de contribuir.				
<b>23</b>	Me siento bien cuando platico de mis distintas parejas sexuales.				
<b>24</b>	La mujer no debe andar contando a sus amigas sobre sus encuentros sexuales.				

**“Cuestionario sobre el tamiz de Ca de Próstata”**

**Edad:** \_\_\_\_\_. **Edo. Civil:** \_\_\_\_\_. **Escolaridad:** \_\_\_\_\_.  
**Ocupación:** \_\_\_\_\_.

**Instrucciones:** Lea cuidadosamente cada enunciado y marque con una “X”, en una de las columnas de la derecha según sea su respuesta.

No.	Item	Si	No
1	No me hago el examen del tacto rectal por falta de información clara por parte del médico.		
2	Creo que el tacto rectal es como una violación.		
3	Prefiero que el examen del tacto rectal me lo haga una mujer.		
4	Sí usted tiene la edad de riesgo, se haría el tacto rectal por iniciativa propia.		
5	El examen del tacto rectal es molesto, pero no es nada del otro mundo.		
6	No me hago el examen del tacto rectal porque creo que a mí no me va a pasar.		
7	Me hago el examen del tacto rectal yo, sólo cuando me lo recomienda el médico.		
8	Sí me realizo el tacto rectal, me siento como hombre disminuido.		
9	No me gusta hablar acerca del examen del tacto rectal con nadie.		
10	Me haría el examen del tacto rectal sólo en casos extremos.		
11	El examen de la próstata tiene que ver con mi erección.		
12	Pienso que hay otros exámenes para examinar la próstata mejor que el del tacto rectal.		
13	No me haría el examen del tacto rectal más de una vez.		
14	Sabré que tengo problemas de próstata en el momento en que me enferme.		
15	Nunca he pensado hacerme el examen del tacto rectal.		

Anexo 3



IMSS  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

No:	Creencias y actitudes de masculinidad en relación con el Tamizaje de Cáncer de próstata
Patrocinador externo (si aplica)*:	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No.15 ubicada en calzada Ermita Iztapalapa No.411,Col. Prado Churubusco, Del. Coyoacán ,Ciudad de México. En el periodo comprendido de a de del 2018
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	El responsable del trabajo me ha informado que el trabajo viene a ser la contribución al estudio de la relación de masculinidad con la forma en que esta influencia la salud de los varones en la toma de decisiones sobre el realizarse medidas de prevención como el Tamizaje de cáncer de próstata.
Procedimientos:	Estoy enterado que si acepto participar en el estudio, se me hará un cuestionario sobre mi opinión de la masculinidad y la influencia sobre el tamizaje de cáncer de próstata. datos que me tomarán 15 minutos de mi tiempo
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que derivado de esta evaluación puedo presentar incomodidad al leer algunas preguntas
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se me dara a conocer la relación que tiene la masculinidad con mi salud
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha explicado que sobre mi enfermedad hay información que deberé recibir de mi médico tratante, pero derivado de este estudio no hay alguna alternativa, pues solo contestaré preguntas.
Participación o retiro:	Es de mi conocimiento que soy libre de decidir si participar en este estudio y podre retirarme del mismo en el momento que lo desee sin que esto afecte la atención que recibo del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador me ha asegurado que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio. Mis datos personales serán manejados en forma confidencial.

**Declaración de consentimiento:**

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por \_\_\_\_ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Nancy García Cervantes Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.15. Matricula 99386966 Tel.5537041204. Correo:so-fi-1112@yahoo.com.mx  
Responsable:  
Colaboradores:

Armando Martínez Peña Adscrito a Centro de Investigación Educativa y Formación Docente. Siglo XXI  
Matricula 10920366 TEL 5542264196 Correo: armando.martinezpen@imss.gob.mx  
Evelyn Cruz Méndez Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 15. Matricula 98389558  
Tel.5571659847.Correo:evedrax@yahoo.com.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: [comité.eticainv@imss.gob.mx](mailto:comité.eticainv@imss.gob.mx)

Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: [iris.contreras@imss.gob.mx](mailto:iris.contreras@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Testigo 1

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

Evelyn Cruz Méndez

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

Testigo 2

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

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. **Clave: 2810-009-013**