



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE

MEXICO Y MUNICIPIOS

HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

**CREENCIAS ASOCIADAS A LA HIPERPLASIA PROSTATICA  
BENIGNA MEDIANTE UN CUESTIONARIO PSICOMÉTRICO  
APLICADO A DERECHOHABIENTE DEL ISSEMYM  
NEZAHUALCOYOTL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. VERONICA ARTEAGA ESCALANTE**



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 ASOCIADAS A LA HIPERPLASIA PROSTATICA  
BENIGNA MEDIANTE UN CUESTIONARIO PSICOMÉTRICO  
APLICADO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL ISSEMYM  
NEZAHUALCOYOTL**

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

**DRA. VERONICA ARTEAGA ESCALANTE.**


AUTORIZACIONES:



**DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR EN  
ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL



**DRA. MARIA BEATRIZ FLORES ORTEGA**  
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
CON ALTA ESPECIALIDAD EN ORIENTACION FAMILIAR



**M.E CRUZ FIERRO CLAUDIO M.**  
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD



**CREENCIAS ASOCIADAS A LA HIPERPLASIA PROSTATICA  
BENIGNA MEDIANTE UN CUESTIONARIO PSICOMÉTRICO  
APLICADO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL ISSEMYM  
NEZAHUALCOYOTL**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

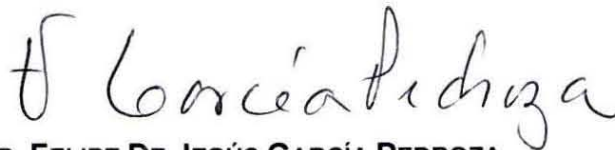
**PRESENTA:**

**DRA. VERONICA ARTEAGA ESCALANTE.**

**AUTORIZACIONES**

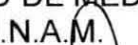


**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISION  
DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**U.N.A.M.**

## INDICE

1. MARCO TEORICO.....	4
1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA.....	4
1.2 DEFINICION.....	6
1.3 FISIOPATOLOGIA.....	6
1.4 ETIOPATOLOGIA.....	7
1.5 EPIDEMIOLOGIA.....	10
1.6 CUADRO CLINICO.....	11
1.7 DIAGNOSTICO.....	12
1.8 TRATAMIENTO.....	15
1.8.1 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.....	15
1.8.2 TRATAMIENTO QUIRURGICO.....	17
1.9 CREENCIAS.....	18
1.9.1 DEFINICION.....	19
1.9.2 COMO UNA IDEA SE TRANSFORMA EN CREENCIA.....	19
1.9.3 COMO SE INSTALA UNA CREENCIA.....	19
1.9.4 TIPO DE CREENCIA.....	20
1.9.5 CLASES DE CREENCIAS.....	20
1.10 LAS ACTITUDES.....	21
1.10.1 DEFINICION.....	21
1.10.2 QUE SON LAS ACTITUDES.....	22
1.10.3 COMPONENTES DE LAS ACTITUDES.....	23

1.10.4 FUNCIONES DE LAS ACTITUDES.....	24
1.10.5 FORMACION DE LAS ACTITUDES.....	25
1.11. CONOCIMIENTO.....	26
1.11.1 DEFINICION.....	26
1.11.2 CARACTERISTICAS DEL CONOCIMIENTO.....	27
1.11.3 ELEMENTOS DEL CONOCIMIENTO.....	27
1.11.4 CLASIFICACION DEL CONOCIMIENTO.....	28
1.11.5 NIVELES DE CONOCIMIENTO.....	29
1.11.6 TIPOS DE CONOCIMIENTO.....	30
1.12 FAMILIA.....	31
1.12.1 DEFINICIONES.....	31
1.12.2 ESTRUCTURA DE LA FAMILIA.....	33
1.12.3 TIPOS DE FAMILIA.....	34
1.12.4 CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS.....	35
1.12.5 DINAMICA FAMILIAR.....	36
1.12.6 SALUD FAMILIAR.....	36
1.12.7 SUBSISTEMAS E INTERACCIONES FAMILIARES.....	37
1.13 REDES DE APOYO FAMILIAR.....	37
1.14 INSTRUMENTO.....	40
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	42
3. JUSTIFICACION.....	43
4 OBJETIVOS.....	44
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	44

4.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	44
5 MATERIAL Y METODO.....	44
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	44
5.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.....	44
5.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	45
5.4 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	45
5.5 DEFINICION DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICION.....	46
5.6 METODO DE CAPTURA DE LA INFORMACION.....	47
6. RESULTADOS .....	48
7. DISCUSION.....	55
8. CONCLUSIONES.....	59
8.1 RECOMENDACIONES.....	61
8.2. LIMITACIONES.....	61
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	62
10. ANEXOS.....	67

# CREENCIAS, ASOCIADAS A LA HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA, MEDIANTE UN CUESTIONARIO PSICOMÉTRICO EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL.

## 1. MARCO TEORICO.

### 1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA.

Históricamente el término «próstata», según Uribe, se le atribuye a Herófilo de Alejandría, 300 años A.C., para referirse a las estructuras que se encuentran antes de llegar a la vejiga. Posteriormente en el Siglo XVI, Vesalius hizo una correcta descripción de la próstata. De igual modo, Jean Riolan, De Graaf y Bartholin contribuyeron para que la teoría de la «carnosidad » de la uretra, como causa de obstrucción en los hombres mayores, por fin fuera reconocida a partir del siglo XVI; pero luego, en el siglo XVII, época de oscurantismo para la humanidad, también lo fue para la próstata, pues ésta se consideró propia sólo de pacientes con una vida desordenada y con enfermedades venéreas. <sup>1</sup>

Una de las primeras referencias sobre la enfermedad que hoy conocemos como "hiperplasia prostática", data de 1895. Por aquel entonces, dicha afección era conocida, en países anglófonos, por el nombre de "prostatic hypertrophy" ("hipertrofia prostática"); término basado, presumiblemente, en hallazgos macroanatómicos (no histológicos), y respaldado por los diccionarios de la lengua inglesa, que aún hoy señalan, como segunda acepción de "hypertrophy": "exaggerated growth or complexity"(crecimiento o complejidad exagerados). <sup>2</sup>

La hiperplasia prostática benigna o adenoma de próstata es una de las enfermedades benignas mas comunes en el hombre y puede derivar en una hipertrofia benigna de la próstata, en una obstrucción benigna de la próstata y/ o en síntomas del tracto urinario inferior. <sup>3</sup>

No fue hasta 1946 que apareció un artículo en el que se agregaba el calificativo de "benign" ("benigna") a dicha "hypertrophy", lo que sugería la existencia de otra de tipo "no benigno" o "maligno". Esta suposición se vio explicitada por otro trabajo publicado cinco meses después, en el que se diferenciaban ambos procesos, entendiéndose como "maligna" el carcinoma de la glándula. <sup>2</sup>



En la década de los años 20 del siglo XX, es decir hace unos 84 años, se creía que las enfermedades relacionadas con la próstata se creían que las enfermedades relacionadas con la próstata se derivaban directamente del abuso en la frecuencia del acto sexual. Como ha sucedido usualmente a los males asociados a la sexualidad, se han creado una clase de mitos que la ciencia ha empezado a despejar. <sup>1</sup>

En este sentido desde 1940 y especialmente en Estados Unidos, el crecimiento de las enfermedades relacionadas con la próstata presiono a la comunidad científica a buscar explicaciones del fenómeno, posibles curas y prevenciones de esta enfermedad. <sup>1</sup>

Es cuando comienza a aparecer en la literatura científica el término "prostatic hyperplasia", basado en criterios histológicos estrictos. Todo parecía estar en orden, hasta que en 1948 vio la luz el nombre "benign prostatic hyperplasia", muy de moda aún en nuestros días, y refrendado también por los léxicos ingleses (que lo hacen sinónimo de "benign prostatic hypertrophy"), pero que en buena Histopatología y en buen Español constituye un pleonasma, puesto que "hiperplasia" se define como "aumento de volumen de los órganos y tejidos producto del aumento en el número de células que lo constituyen", o lo que es lo mismo: "excesiva multiplicación de células normales en un órgano o en un tejido".<sup>2</sup>

El crecimiento prostático se relaciona con dos factores; el envejecimiento y los andrógenos. <sup>4</sup>

Se desarrolla fundamentalmente en individuos mayores de 50 años, por lo cual se recomienda realizar un chequeo físico anual. <sup>5</sup>

Históricamente, la hiperplasia prostática benigna o hiperplasia benigna de próstata, ha sido uno de los principales focos de interés de la práctica y de la cirugía urológicas.<sup>6</sup>

La próstata es una glándula localizada en la cavidad pélvica del hombre, detrás del pubis, delante del recto y debajo de la vejiga. Envuelve y rodea el primer segmento de la uretra justo debajo del cuello vesical, tiene forma pirámide invertida.<sup>7</sup>

## 1.2. DEFINICION.

La hiperplasia prostática benigna es definida de acuerdo a criterios histológicos o criterios clínicos:

Histológicos: se define como una proliferación del epitelio glandular, estroma y musculo liso. Generalmente inicia en la zona peri uretral.

Clínico: según la consistencia de los síntomas del tracto urinario, la presencia de una obstrucción al flujo de salida de la vejiga y el crecimiento prostático benigno. Esto es conocido también como prostatismo. <sup>8</sup>

## 1.3 FISIOPATOLOGIA.

De la pubertad a los 20 años, aproximadamente, la glándula se incrementa 1.6grs por año, a partir de ese momento, aparentemente permanece estable hasta el quinto decenio de la vida, cuando en algunos individuos se inicia el crecimiento por la multiplicación celular glandular del estroma. El peso promedio de la glándula entre los 21 y 30 años de edad es de 20 grs.<sup>4</sup>

La próstata consta de 3 lóbulos principales rodeados de una capa fibrosa:

Zona periférica o glándula externa, compuesta por aproximadamente un 65% de tejido glandular.

Zona central o glándula interna, compuesta por un 25% de tejido glandular.

Zona de transición que rodea la uretra prostática y esta compuesta de un 10% de tejido glandular. En esta zona inicia la hiperplasia prostática benigna y su crecimiento rechaza el cuello vesical, el verumontánium y la zona periférica. <sup>9</sup>

En la próstata pueden identificarse principalmente tres tipos celulares;

Células epiteliales secretoras

Son cilíndricas altas, bien diferenciadas y conectadas entre si por moléculas de adhesión celular y con base fija en la membrana basal a través de receptores integrinas.

Células basales;

Más pequeñas que las anteriores menos abundantes y diferenciadas, descansan sobre la membrana basal.

Células neuroendocrinas;

Se ubican en el epitelio secretor y en los conductos de todas las porciones de la glándula así como en la mucosa uretral prostática. <sup>10</sup>

La próstata tiene como función ayudar al control urinario mediante la presión directa contra la parte de la uretra que rodea. Produce una secreción líquida (líquido prostático) que forma parte del semen. Esta secreción prostática contiene sustancias que proporciona junto con el semen nutriente y un medio adecuado para la supervivencia de los espermatozoides. <sup>7</sup>

La hiperplasia prostática determina un aumento de la resistencia uretral que conduce a alteraciones compensadoras de la función vesical. La disfunción del músculo detrusor provocada por la obstrucción, junto con alteraciones de la función del sistema nervioso y la vejiga relacionados con el envejecimiento, determinan la instauración de polaquiuria, sensación de micción inminente y nicturia. <sup>11</sup>

La Hiperplasia Prostática Benigna comienza en la zona de transición peri uretral de la próstata. Ésta zona de transición aumenta de tamaño con la edad pero el tamaño de la próstata no se correlaciona necesariamente con el grado de obstrucción. <sup>11</sup>

#### 1.4 ETIOPATOGENIA.

La patogénesis de la hiperplasia prostática benigna no es bien conocida hasta el momento, sin embargo algunas causas posibles son:

Conversión de la testosterona plasmática (de los testículos) por la 5- alfa reductasa en dihidrotestosterona, la cual promueve el crecimiento prostático.

Un aumento en los niveles de estradiol como resultado de la edad, los estrógenos actúan sinérgicamente con la dihidrotestosterona para inducir receptores androgénicos y crecimiento prostático. <sup>8</sup>

Activación de los adrenoreceptores alfa -1, lo que incrementa el tono del músculo liso del cuello de la vejiga y la próstata.<sup>8</sup>

Diferentes grupos de trabajo han propuesto diversas hipótesis para explicar el crecimiento patológico de la próstata. Este aumento de volumen prostático es causado por la hiperplasia celular y apoptosis reducida. Se ha demostrado la expresión de péptidos regulatorios del crecimiento prostático. La acción paracrina o autocrina de los factores de crecimiento, que está modulada por hormonas sexuales, también está involucrada en el desarrollo de hiperplasia prostática benigna. Un fino balance entre los factores promotores de crecimiento y los inhibidores del mismo, mantienen el crecimiento normal de la glándula durante el desarrollo y la quiescencia en la adultez. Cuando este balance es alterado se manifiesta la patología.<sup>7</sup>

La teoría de la “célula primordial” explica la hiperplasia prostática benigna como una alteración del balance del crecimiento de las células nuevas y la maduración y la muerte de las más viejas.<sup>7</sup>

Con la edad el nivel de producción de testosterona por las células de Leydig disminuye, al bajar la respuesta ante el estímulo de la LH hipofisaria, y aumenta ligeramente el nivel de los estrógenos. También se incrementan por acción de la enzima aromatasa, que transforma la androsteniona producida por las células suprarrenales y la testosterona producida por el testículo, en estrona y estradiol.<sup>7</sup>

Además de los factores hormonales y la edad en la génesis de la hiperplasia prostática se han descrito otros factores relacionados a su etiología como son:

A) Genéticos;

La hiperplasia prostática benigna aparece con mayor frecuencia en familiares de primer orden.<sup>7</sup>

B) Dietéticos;

El consumo de vegetales ricos en carotenos y Fito estrógenos podría tener una acción protectora, como ocurre en países asiáticos cuya prevalencia es menor.<sup>7</sup>

El consumo regular de algunos alimentos podría actuar como un factor protector o de riesgo para el desarrollo de hiperplasia prostática benigna. Entre los compuestos

demostrados como benéficos para la salud prostática están los licopenos, los Fito estrógenos y las verduras. Por otro lado, entre los que podría aumentar el riesgo de presentarla están la dieta hipercalórica y con alto contenido de grasa.<sup>12</sup>

a) Licopenos

Se encuentran en altas concentraciones en todas las variedades de tomates, a los que se les ha atribuido un factor benéfico en cuanto a la incidencia de hiperplasia prostática benigna y el carcinoma prostático, por sus características antioxidantes que contribuyen a disminuir el daño oxidativo del ADN de las células prostáticas y los linfocitos de la zona. Al respecto un estudio publicado en 2003 demostró que la administración de 30mg de licopenos ejercía un modesto efecto benéfico sobre la tasa de apoptosis en individuos con hiperplasia prostática benigna y carcinoma prostático.<sup>12</sup>

b) Fito estrógenos.

Se encuentran en concentraciones altas en todas las variedades de soya, con un grupo de compuestos de origen natural, cuya estructura se asemeja a la del 17B – estradiol humano, por lo que puede llegar a producir, hasta cierto punto efectos análogos a los de esta hormona cuando se consumen regularmente en dosis suficientes. Un estudio liderado por Hong demostró que la concentración prostática total de un Fito estrógeno denominado genisteina se encontraba disminuida en los pacientes con hiperplasia prostática benigna comparados con el grupo control considerados sanos.<sup>12</sup>

c) vegetales.

Se refiere a la parte comestible de las plantas, que son un componente fundamental en la llamada dieta oriental.<sup>11</sup>

d) calorías y grasas.

El consumo regular de una dieta rica en calorías y grasa se ha relacionado con un riesgo de padecer hiperplasia prostática benigna. Los ácidos grasos insaturados actúan como inhibidores de la 5 alfa reductasa, hormona fundamental para el crecimiento prostático, por ello se ha propuesto que el consumo alto de dichos ácidos podría ser un factor protector contra el desarrollo de hiperplasia prostática benigna, al retrasar el tamaño de la glándula. En un estudio realizado por Bravi y colaboradores encontraron que un consumo alto de ácidos grasos polinsaturados (con más baja densidad calórica) brindan

protección contra hiperplasia prostática benigna sintomática. Se observó que los dos compuestos con mayor rol protector eran los ácidos linoleico y linolénico.<sup>12</sup>

e) Otros alimentos.

En cuanto a las proteínas de la dieta, Suzuki y colaboradores encontraron que consumir más de 91.6 gramos por día se asociaba con una predisposición leve para el desarrollo de hiperplasia prostática benigna, en comparación con un consumo promedio de 72.6 gramos al día.

C) Raza;

La hiperplasia prostática benigna se observa más en negros americanos que en blancos americanos. Es más prevalente en judíos y menos en orientales.<sup>7</sup>

D) Hiperinsulinismo;

Diferentes autores han relacionado la hiperplasia prostática benigna con la obesidad, hipertensión arterial y diabetes por separado. El investigador sueco Hammarsten propuso que en situaciones metabólicas asociadas a hiperinsulinismo se evidencia mayor agrandamiento de la glándula prostática, no solo en la zona de transición, sino que existe un crecimiento significativo en toda la glándula. La insulina produce un efecto estimulador del hipotálamo a nivel del núcleo ventro medial que regula el sistema nervioso simpático, aumentando las catecolaminas, las cuales se sugiere pueden ejercer un efecto trófico retardando el proceso apoptótico.<sup>7</sup>

## 1.5 EPIDEMIOLOGIA.

La hiperplasia prostática benigna es una patología que se ha ido incrementando con el aumento de la esperanza de vida conseguido en las últimas décadas. Afecta, en mayor o menor grado, al 50 – 80% de los varones de la séptima década de la vida y esta frecuencia aumenta posteriormente. Tanto así que, según la OMS, el 80% de los hombres recibe tratamiento para la hiperplasia prostática benigna en algún momento de su vida y el 25% de los que alcanza los 80 años de edad han requerido algún tipo de cirugía.<sup>9</sup>

La hiperplasia prostática benigna es un proceso relacionado con el envejecimiento y su prevalencia histológica es de aproximadamente el 10% en los hombres de 30 a 40 años, del 20% en los de 40 a 50 años; del 60% en los de 60 a 70 años y del 80 al 90% en los de más de 70 años.<sup>6</sup>

La evidencia de los estudios en autopsias sugiere que más del 90% de los hombres mayores de 70 años presentaban hiperplasia prostática benigna. La edad a la cual se presentaban los síntomas es cerca de los 65 años de edad y 60 años para los hombres con ascendencia negra. A los 60 años la prevalencia de la hiperplasia prostática benigna es mayor al 50% y para la edad de 85 años hasta un 90% de los hombres presenta síntomas.<sup>8</sup>

## 1.6 CUADRO CLINICO

No se ha encontrado una relación directa entre la severidad de los síntomas y el tamaño de la próstata. Algunos hombres presentan síntomas severos de obstrucción urinaria pero con un crecimiento prostático mínimo, mientras que otros presentan síntomas mínimos con próstatas grandes. La hipertrofia del musculo detrusor de la vejiga puede compensar inicialmente los síntomas de obstrucción urinaria.<sup>8</sup>

Los síntomas de hiperplasia prostática aparecen por; cambios hiperplasicos en la próstata que llevan al crecimiento prostático mediado por las células epiteliales y del musculo liso, que a su vez inducen obstrucción urinaria incrementando la resistencia al flujo de salida.<sup>13</sup>

Algunos de los síntomas de obstrucción urinaria son,

- Pujo al iniciar el vaciado.
- Flujo urinario débil y/o un vaciado prolongado.
- Goteo terminal.
- Sensación de vaciado incompleto.
- Nicturia.
- Incontinencia y
- Retención urinaria aguda.

Los síntomas irritativos incluyen.

- Disuria.
- Frecuencia.
- Urgencia.

Estos síntomas pueden verse exacerbados por algunos medicamentos para la gripe, antihistamínicos, sedantes, aquellos con efectos muscarínicos como los antidepresivos tricíclicos, la ingesta de alcohol y la inmovilización.<sup>8</sup>

## 1.7 DIAGNOSTICO

La asociación Americana y Europea de urología recomienda realizar una valoración inicial, la cual deberá incluir la anamnesis, exploración física (tacto rectal y palpación abdominal), análisis de orina por tira reactiva y en los casos en que se sospeche de insuficiencia renal, la determinación de creatinina sérica.<sup>14</sup>

### Anamnesis

Se debe realizar detalladamente, para así descartar otro tipo de enfermedad distinta a la hiperplasia prostática benigna que curse con síntomas del tracto urinario inferior. Deberá recoger los siguientes datos clínicos;

- Antecedentes familiares de enfermedad prostática.
- Presencia de enfermedades que puedan causar síntomas del tracto urinario inferior; como diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedades neurológicas, etc.
- Tratamiento actual con diuréticos, antagonista de calcio, antidepresivos.
- Cuadro clínico de los síntomas del tracto urinario inferior.<sup>15</sup>

Para la valoración de la gravedad de los síntomas del tracto urinario inferior, la mayoría de las sociedades científicas recomiendan el índice internacional de síntomas prostáticos (IPSS) el cual es una herramienta validada al castellano y auto aplicado. Consta de 7 preguntas relacionadas con diferentes síntomas del tracto urinario inferior, puntuadas de 0 a 5. La suma de puntuación de cada pregunta determina la gravedad del cuadro, menos de 8 leve, 8 a 19 moderada, mas de 20 severa. La puntuación de la pregunta 8 indica el deterioro de la calidad de vida del paciente debido a los síntomas del tracto urinario inferior, mayor a 4 es significativa.<sup>15</sup>



Exploración física.

- Exploración de abdomen.

Para descartar masas o globo vesical. <sup>15</sup>

- Tacto rectal.

Se debe de explicar al paciente el examen clínico a realizar, sin despertar suspicacias o incertidumbres innecesarias. El medico debe tener las dos manos enguantadas , la mano exploradora calzada con doble guante lubricado con vaselina u otro medio oleoso neutro que evite reacciones alérgica. Se debe utilizar el dedo índice de la mano hábil eventualmente el dedo medio. <sup>16</sup>

Se ha de realizar con la vejiga vacía y en la posición mas cómoda y factible según la experiencia del medico.

En condiciones normales se palpa una glándula simétrica con un surco medio y 2 lóbulos laterales, se debe valorar lo siguiente.

- Estado de la mucosa rectal, permite descartar fisuras o valorar la presencia de hemorroides.
- El tono del esfínter anal.
- La sensibilidad, muy doloroso en caso de prostatitis.
- El tamaño de la glándula.
- La consistencia, en condiciones normales es fibroelastica, homogénea en toda la superficie.
- Los límites, se pueden acotar con nitidez los límites de la glándula, en caso contrario se debe sospechar en una enfermedad tumoral.
- La movilidad, si se encuentra fija debe sospecharse de un problema neoplásico. <sup>15</sup>

La sensibilidad del tacto rectal para detectar cáncer prostático es de alrededor de 33% y es aun mayor para la hiperplasia prostática benigna. <sup>16</sup>

Tiene un 50% de probabilidad de falsos positivos, pero es lo idóneo para el diagnostico precoz del cáncer de próstata, sobre todo en estadio 2 en donde el tumor involucra mas tejido, pero no ha salido de la glándula. <sup>17</sup>

La Asociación Americana de Oncología y de Urología, recomiendan el tacto rectal como método rutinario de exploración en varones mayores de 50 años, con carácter anual y en casos de antecedentes familiares, comenzarla a los 40 años de edad. <sup>17</sup>

El antígeno prostático es una calicreina segregada por la célula epitelial de la próstata. Su papel es importante en la licuefacción del esperma y en la movilidad de los espermatozoides. <sup>18</sup>

Una pequeña parte de este antígeno pasa a la circulación sanguínea y su medición permite el diagnóstico, pronóstico y seguimiento del tejido prostático maligno. Los niveles de antígeno prostático, en los varones sanos, son muy bajos en comparación con el semen, y se eleva en enfermedad prostática. Los valores de referencia para el antígeno prostático varían según distintos laboratorios, aunque se consideran normales hasta 4 ng/ml. <sup>5</sup>

El antígeno prostático específico es la prueba más sensible para la detección de un cáncer de próstata temprano y puede llevar al diagnóstico de un cáncer de próstata localizado cuando puede ofrecerse un tratamiento potencialmente curativo. Los niveles tienden a incrementarse con la edad y debido a esto es difícil definir un rango de valores normales. <sup>8</sup>

También debe de tomarse en cuenta las siguientes consideraciones.

- El antígeno prostático libre no aumenta en el cáncer de próstata.
- Una relación sexual no afecta el antígeno prostático.
- Si un sujeto presenta un antígeno prostático < 2 debe ser sometido a una nueva valoración 3 años después.
- El antígeno prostático libre aislado no debe utilizarse para el diagnóstico de cáncer, primero hay que determinar el antígeno prostático total. <sup>18</sup>

## 1.8 TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento son disminuir los síntomas, mejorar la calidad de vida y evitar la aparición de complicaciones. Las opciones terapéuticas son;

- Espera vigilada.
- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento quirúrgico. <sup>19</sup>

Espera vigilada.

Se lleva a cabo en pacientes con sintomatología leve-moderada y poca afectación de su calidad de vida, se recomienda una conducta expectante que incluye información del paciente sobre la naturaleza banal de la sintomatología, consejos sobre el estilo de vida evitar el sedentarismo, restricción de líquidos por la noche, restricción de consumo de café y un seguimiento rutinario. <sup>19</sup>

### 1. 8. 1 Tratamiento farmacológico.

- Agentes Fito terapéuticos.

Emplea extractos de plantas que contienen Fito esteroides y cito esteroides. Se sugiere que actúan por diversos mecanismos como la interferencia con la síntesis y el metabolismo de prostaglandinas (efecto antiinflamatorio), acción antiestrogénica (disminución de la globulina transportadora de testosterona) e incluso una inhibición de los factores de crecimiento. <sup>7</sup>

La *Serenoa repens* es el extracto del fruto de la palma sierra americana, o palma enana, hierba medicinal muy conocida utilizada para tratar la hiperplasia prostática benigna. Estudios han demostrado que proporciona una mejoría leve a moderada en los síntomas urinarios, es muy utilizada. La dosis es de 160mg cada 12hrs de *Serenoa repens* <sup>15</sup>

- Bloqueadores de receptores alfa.

Actúan sobre el aspecto sintomático de la hiperplasia prostática benigna, no tiene ningún efecto sobre el tamaño de la próstata, ni previenen su crecimiento. <sup>15</sup>

Bloquean los receptores adrenérgicos alfa, abundantes en las fibras musculares del cuello vesical y en el estroma de la hiperplasia de la próstata, reduciendo la resistencia a la salida de orina. Actúa sobre el componente dinámico de la obstrucción vesical mediante relajación del músculo liso prostático y reducción de la resistencia uretral intraprostática.<sup>7</sup>

No selectivos alfa 1 alfa 2. (Fenoxibenzamina, fentolamina).

Alfa 1 selectivos de vida media corta (nicergolina, prazosina, alfuzosina )

Alfa 1 selectivos de acción prolongada (terazosina, doxazosina)

Alfa 1 supra selectivos (tamsulosina).<sup>7</sup>

- Inhibidores de la 5 alfa reductasa.

La enzima 5 alfa reductasa transforma la testosterona dentro de la célula prostática en un metabolito activo, la dehidrotestosterona.

Estos fármacos disminuyen el tamaño de la próstata en un 20 a 30% y reduce los niveles de antígeno prostático a la mitad de su valor.<sup>15</sup>

Finasteride, causa atrofia de las células epiteliales de la glándula prostática.<sup>20</sup>

Se emplea finasteride, el que actúa inhibiendo selectivamente la enzima 5 alfa reductasa a nivel prostático impidiendo la conversión de testosterona en dehidrotestosterona necesaria para el crecimiento prostático de manera que actúa sobre el componente estático de la obstrucción vesical.<sup>7</sup>

- Inhibidores de la enzima aromatasa
- Durante el envejecimiento se aumenta el paso de T estradiol por acción de la aromatasa, por lo cual los inhibidores de la aromatasa producen una supresión de estrógenos que ha demostrado tener utilidad en la hiperplasia prostática benigna.

La testolactona y el atamestane son los más utilizados.<sup>20</sup>

### 1.8.2 Tratamiento quirúrgicos

La indicación del mismo y la técnica mas apropiada será determinada por el especialista, dependiendo del tamaño ya la morfología de la próstata.

#### RESECCION TRANSURETRAL DE LA PROSTATA. (RTUP)

Es el estándar de oro para el manejo de Hiperplasia Prostática Benigna.

Representa 95% de la cirugía prostática y conduce a mejoría del cuadro clínico entre 88 y 96% de los casos.

Las complicaciones transoperatorias son hemorragia, infección de vías urinarias, síndrome post- RTU, las complicaciones postoperatorias son fundamentalmente eyaculación retrograda 70%, disfunción eréctil y estenosis del cuello vesical en un 5% e incontinencia urinaria en un 1%.<sup>21</sup>

#### INSICION TRANSURETRAL DE PROSTATA (ITUP)

La incisión transuretral de próstata (ITUP) es indicada fundamentalmente en pacientes con próstatas pequeñas de aproximadamente 30 a 40gramos que quieran conservar la eyaculación anterógrada, o bien, edad avanzada o mucha comorbilidad. Se realiza empleando un cuchillo de Collins con uno o dos cortes desde el cuello vesical hasta el ápex.<sup>21</sup>

#### ELECTROVAPORIZACION TRANSURETRAL DE PROSTATA (EVTUP)

Esta técnica se popularizo por su menor frecuencia de sangrado, sin embargo el tiempo quirúrgico es similar a RTUP convencional y como todos los métodos que emplean calor generan una gran cantidad de síntomas irritativos, inclusive retención aguda de orina con la necesidad de sonda transuretral en el posoperatorio.<sup>21</sup>

#### LASER

Induce en la próstata necrosis por coagulación, vaporización de tejido prostático o resección del mismo. Roth propuso por primera vez en 1991 la utilización de laser en el tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna.

## RESECCION / ENUCLEACION.

La resección endoscópica con laser de Holmio: YAG (80 a 100 W) es la técnica mas desarrollada en la actualidad. La resección del adenoma prostático se realiza a través de un rectoscopio, pero empleando este principio aun en glándulas muy grandes, con maceración del tejido resecado dentro de la vejiga. Como se usa solución salina durante la enucleación no se han reportado datos de hiponatremia.

El interés del uso de laser en el tratamiento de la HPB es disminuir el sangrado intra y posoperatorio, evitar infecciones y de esta manera retirar cuanto antes el drenaje vesical.

## ULTRASONIDO FOCALIZADO DE GRAN INTENSIDAD (HIFU)

Se trata de una técnica que provoca necrosis por coagulación muy localizada, sin contacto directo con el tejido implicado con lo que evita el daño térmico en los tejidos circundantes. Las vías de abordaje son transrectal y extracorpórea. <sup>21</sup>

## LASER DIODO.

El laser se incorpora a la práctica médica a partir de 1970. El laser diodo de 980nm es una alternativa valida para el tratamiento de hiperplasia prostática benigna, ya que las complicaciones son mínimas y los tiempos de internación y el tiempo de permanencia del sondaje vesical son menores. <sup>22</sup>

## 1.9 CREENCIAS

Una creencia es un estado disposicional adquirido, que causa un conjunto coherente de respuestas y que esta determinado por un conjunto o situación coherente de respuestas y que está determinado por un objeto o situación objetiva aprehendidos. <sup>23</sup>

Las creencias son uno de los filtros más importantes que modelan nuestro mapa o modelo mental. <sup>24</sup>

Las creencias formatean nuestra realidad y se convierten en el elemento gestor de nuestra vida. Esto es porque la creencia es la semilla de nuestros pensamientos los cuales son interpretaciones que realizamos sobre los hechos o estímulos percibidos en nuestra vida. <sup>25</sup>

### 1.9.1 DEFINICION

Una creencia es una generalización. Es un filtro que produce atención selectiva.

Es un sentimiento de certidumbre acerca de una idea.<sup>24</sup>

Una creencia es el sentimiento de certeza sobre el significado de algo. Es una afirmación personal que consideramos verdadera.<sup>26</sup>

Mas específicamente, son generalizaciones que hacemos sobre las causas, los significados, los limites de nuestro mapa mental, nuestras conductas, nuestras capacidades y nuestra identidad.<sup>24</sup>

Las creencias están muy arraigadas a nuestra identidad y movilizan muchas energías cuando nos oponemos a sus directrices, es por ello que equivocadamente sentimos peligrar lo que somos y la verdad es que podemos estar tranquilos ya que las creencias no tiene nada que ver con nuestra identidad ni con lo que somos.<sup>25</sup>

Las creencias se forman a partir de ideas que confirmamos o creemos confirmar a través de nuestras experiencias personales.<sup>26</sup>

Rokeach plantea. “una creencia es una preposición simple, consiente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace; es una predisposición a la acción”.<sup>1</sup>

### 1.9.2 COMO UNA IDEA SE TRANSFORMA EN CREENCIA

Las referencias reales o imaginarias se organizan a partir de una idea y producen la sensación de certidumbre a lo que llamamos “verdad” o “realidad”.<sup>24</sup>

Las creencias tienen que ver con la educación y la primera infancia, donde nos enamoramos de nuestros padres, y hemos creído prácticamente todo lo que ellos nos han dicho.<sup>26</sup>

### 1.9.3 COMO SE INSTALA UNA CREENCIA.

- Por intensidad emocional con que se vive la experiencia.
- Por repetición de las experiencias de referencia.<sup>24</sup>

#### 1.9.4 TIPOS DE CREENCIAS.

Las creencias no son buenas ni malas. Son potenciadoras y útiles o limitantes e inútiles.

- FACILITADORAS. Se construyen en permisos que operan sobre las capacidades y el comportamiento.
- LIMITANTES. Se construyen en obstáculos que inhabilitan, incapacitan e impiden encontrar opciones y recursos.<sup>24</sup>

Las creencias que nos limitan pueden adoptar una de las siguientes formas.

- Limitaciones por falta de esperanza. Creer que el objeto deseado es inalcanzable, independientemente de las propias capacidades.
- Limitaciones por falta de capacidad. Creer que el objetivo es posible, pero no se tienen las capacidades necesarias para obtenerlo.
- Limitaciones por falta de motivación. Creer que no merecemos alcanzar el objetivo por algo que hicimos o dejamos de hacer.
- Limitaciones por expectativas catastróficas. Creer que se auguran desenlaces desastrosos como consecuencia de nuestras acciones independientemente de la calidad de ellas.<sup>24</sup>

Otros tipos de creencias son:

- CREENCIAS GLOBALES. Son que generalizaciones que hacemos sobre la vida, el mundo, las personas, etc.<sup>26</sup>

#### 1.9.5 CLASES DE CREENCIAS.

- CREENCIAS SOBRE LA CAUSA. Podemos tener creencias acerca de lo que causa algo. Por ejemplo al preguntarnos ¿Cuál es la causa de que me pase algo? Contestamos porque..., La palabra “porque” (explícita o implícita) suele indicar una creencia sobre la causa.
- CREENCIAS SOBRE EL SIGNIFICADO. Es aquella que tenemos al responder una pregunta por ejemplo ¿Que significa para mí que me realicen el tacto rectal? Lo que se responda es otra creencia que se esta teniendo.



- CREENCIAS DE IDENTIDAD U ORIGEN. Las creencias sobre la identidad engloban causa, significado y límites. Cuando tú cambias tus creencias acerca de tu identidad, te conviertes de algún modo en una persona distinta.<sup>26</sup>

## 1.10. LAS ACTITUDES

Una actitud es una tendencia a la acción adquirida en el ambiente en que se vive y derivada de experiencias personales. Es un estado de disposición psicológica, pero adquirida y organizada a través de la propia experiencia. Dicha disposición incita a la persona a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones.<sup>27</sup>

### 1.10.1 DEFINICIONES.

\*\* Fleming (1967) la actitud hace referencia a “la postura o disposición física de las figuras en el espacio”.<sup>28</sup>

\*\* Allport (1935) “un estado de disposición mental y neural, organizado a partir de la experiencia que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”.<sup>28</sup>

\*\* Doob define a la actitud como aquella “respuesta implícita, productora de impulso, considerada socialmente significativa en la sociedad del sujeto”. Así, esta actitud puede variar en los diversos sujetos y situaciones.

\*\* Fazio Roskos- Ewoldsen en 1994. “las actitudes son asociaciones entre objetos actitudinales y las evaluaciones de estos objetos”. Es decir “las actitudes son evaluaciones duraderas de diversos aspectos del mundo social, evaluaciones que se almacenan en la memoria”.

\*\* Judd 1991. Las actitudes son importantes porque influyen significativamente en el comportamiento, por ello el conocerlas nos facilita intuir la conducta de los individuos en diversas situaciones o mostrarnos de una determinada manera ante ciertas personas. <sup>28</sup>

\*\* Una actitud se ha definido como “reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado”. <sup>29</sup>

\*\* Kimball Young: “se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, mas o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente ( a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales , o una persona o grupo de personas”. <sup>29</sup>

\*\* R: Jeffress. “la actitud es nuestra respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida”.<sup>29</sup>

\*\* Una actitud es “una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, la cual predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada”.<sup>1</sup>

\*\* Una actitud es esencialmente una forma de respuesta anticipatoria, el comienzo de una acción que no necesariamente se completa. <sup>30</sup>

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una manera determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo.<sup>29</sup>

### 1.10.2 QUE SON LAS ACTITUDES.

Las actitudes son la valoración que hace cada individuo de un estímulo favorable o desfavorable, es la posición, la percepción, la forma de interpretar nuestra realidad. Por ello las actitudes son modificables, pueden cambiarse, pueden reevaluarse a través de las experiencias y de la crítica de cada persona: son EDUCABLES.<sup>28</sup>

Fishbein y Ajzen contemplan seis elementos que son imprescindibles en el establecimiento, mantenimiento y puesta en marcha de las actitudes y, por tanto

fundamentales en todo proceso educativo, como son las variables externas, las creencias, las actitudes, las normas subjetivas, intención y la conducta.

Las variables externas influyen en la interpretación de la información que adquiere o que ya posee el sujeto. Estas variables se subdividen en tres grupos: demográficos, creencias y rasgos de la personalidad.

Las creencias hacen referencia a las situaciones que se producen cuando a un estímulo (una persona, un grupo, una institución, un programa, un suceso, un objeto, un olor...) se le atribuye unas características determinadas (propiedad, resultado, dimensión, rasgo,...)

En la teoría de Fishbein y Azjen se hace referencia a las “creencias conductuales”, a la idea, opinión o creencia que posee cada sujeto de que la realización de una conducta determinada generará un resultado que puede ser positivo o negativo.<sup>28</sup>

Hay que destacar que:

- Las actitudes no son innatas. Se trata de disposiciones adquiridas, aprendidas a partir de la interacción.
- Y son relativamente durables pero sólo relativamente, pues pueden ser modificadas por influencias externas; es decir se pueden cambiar.<sup>27</sup>

### 1.10.3 COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

- **COMPONENTE COGNITIVO.**  
Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Esta formada por las percepciones y creencias hacia el objeto, así como la información que tenemos sobre un objeto.<sup>29</sup>
- **COMPONENTE AFECTIVO.**  
Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social.<sup>29</sup>  
Los sentimientos vinculados a una actitud pueden ser negativos o positivos, por eso es que las actitudes tienen un carácter polar de estar “a favor o en contra”.<sup>30</sup>

- COMPONENTE CONDUCTUAL.

Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. <sup>29</sup>

Se refiere a las tendencias a actuar de determinada manera que la persona tiene respecto al objeto.<sup>30</sup>

Por tanto, nuestras actitudes vinculan nuestro aparato psíquico con el mundo en que vivimos, en el doble sentido de que se configuran a partir de nuestra experiencia en el mundo y que orientan nuestro comportamiento en él. <sup>27</sup>

#### 1.10.4 FUNCIONES DE LAS ACTITUDES.

Las actitudes están en la base de los procesos cognitivo-emotivos propuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente.<sup>29</sup>

Las actitudes pueden tener funciones;

- Función cognitiva.

Su finalidad es conocer lo que nos rodea, para poder interpretar y comprender nuestro ambiente, el medio.<sup>28</sup>

Las actitudes pueden actuar como esquemas o filtros cognitivos, un prejuicio hacia algo puede bloquear el conocimiento de aspectos muy positivos que se presenten; nos quedaremos solo con lo negativo.<sup>29</sup>

- Función adaptativa.

Esta función de adaptación social establece la relación de las personas con su medio social. Los individuos tienden a desarrollar actitudes óptimas hacia aquellos comportamientos que son aprobados socialmente, mientras nuestras conductas negativas ante las que son rechazadas por la sociedad. <sup>28</sup>

Para poder pertenecer a un grupo he de pensar y hacer lo más parecido posible a las características del grupo.<sup>29</sup>

- Función de expresividad de los valores.

Por medio de las actitudes los individuos expresamos nuestros valores. Que valores positiva o negativamente posea una actitud, dependerá de los valores que tengamos, así en la transmisión de las actitudes es fundamental el aprendizaje de

los valores aunque otras veces, el ideal se encuentra a la inversa, para educarse en un valor debemos antes formar y conocer las actitudes relacionadas con ese valor.<sup>28</sup>

- Función de exhibición de su auto concepto.

Es evidente que cada una de nosotros valoramos positivamente aquellas conductas cuando estas nos refuerzan ante nosotros o ante otros. Por ello las actitudes pueden preservarnos y prevenirnos de problemas de ansiedad, estrés, depresión, baja autoestima...<sup>28</sup>

Las actitudes nos permiten mostrar a los otros nuestra identidad (que somos y como somos).<sup>29</sup>

#### 1.10.5 FORMACION DE LAS ACTITUDES.

Las actitudes son aprendidas por todos nosotros a través de nuestras experiencias y vivencias. A veces de forma consiente y otras muchas inconscientemente, sin intencionalidad de adquirir nuevas actitudes o modificar las existentes.

When: “el cuando de la formación de las actitudes” estaría compuesto por diversas fases;

1. a través del conocimiento, el individuo procede a ordenar, interpretar y clasificarla información que llega del exterior para aumentar su comprensión y mejora su toma de decisiones.

2. el ajuste social, a través de la interiorización de las diversas actitudes grupales alcanza su identidad tanto personal como social.

3. expresión de valores, mediante este paso cada persona refuerza el mantener la actitud alcanzada.

4. función adaptativa, consiste en utilizar la actitud lograda para alcanzar las máximas satisfacciones y bienes.

How “el como se forman las actitudes”.

El principal camino para crear y establecer una actitud en la persona es la repetición, es decir la experiencia directa con el estímulo.<sup>28</sup>

Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de actitudes.

Teoría del aprendizaje.

Esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. Este aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.<sup>29</sup>

Teoría de la consistencia cognitiva.

Esta teoría se basa en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre si.<sup>29</sup>

Las actitudes no pueden observarse, se valoran por diferentes tipos de escalas:

1. Thurstone (1928)
2. Likert (1932)
3. Osgood (diferencial semántico).<sup>29</sup>

## 1.11. CONOCIMIENTO

El conocer es un hecho primario, espontáneo e instintivo, y por ello no puede ser definido estrictamente. Se podría describir como el ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también podríamos decir que es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos.<sup>31</sup>

### 1.11.1 DEFINICION

El conocimiento es el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con que nos relacionamos con el mundo exterior.

Conjunto de saber sobre un tema o sobre una ciencia.<sup>32</sup>

El conocimiento nos llega a partir de una red de prejuicios, opiniones, intervenciones, autocorrecciones, presunciones, y exageraciones, es decir a través de densos y firmemente asentados medios de la experiencia que no son en absoluto ni uniformes ni transparentes.<sup>33</sup>

El conocimiento es el acuerdo o desacuerdo de dos ideas.<sup>34</sup>

El conocimiento depende de la naturaleza del objeto y de la manera y de los medios que se usan para reproducirlo. Así tenemos un conocimiento sensorial (si el objeto se capta por medio de los sentidos), este se encuentra tanto en los hombres como en los animales, y un conocimiento racional intelectual o intelectual, si se capta por la razón directamente.<sup>31</sup>

#### 1.11.2 CARACTERISTICAS DEL CONOCIMIENTO.

- Su fin es alcanzar una verdad objetiva.
- Es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva sensación, percepción y representación.
- Asimila el mundo circulante.<sup>32</sup>

#### 1.11.3 ELEMENTOS DEL CONOCIMIENTO.

##### 1. Sujeto.

El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, la duda, opinión y certeza.<sup>31</sup>

##### 2. Objeto.

Es aquello a lo que se dirige la conciencia, ya sea de una manera cognoscitiva, ya sea volitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa.

Los objetos pueden ser reales o irreales.<sup>31</sup>

##### 3. Medio.

Son los instrumentos de trabajo. Como;

- La experiencia interna; consiste en darnos cuenta lo que existe en nuestra interioridad.
- La experiencia externa. Es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos.
- La razón. Esta se sirve de los sentidos elabora los datos recibidos por ellos lo generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo.

- La autoridad. Muchos de los conocimientos que tenemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra adhesión.
- Imagen. Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprehende su objeto.<sup>31</sup>

#### 1.11.4 .CLASIFICACION DEL CONOCIMIENTO.

##### CONOCIMIENTO VULGAR.

Llamado conocimiento ingenuo, directo, es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que nos rodean.

Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se trasmite de generación en generación.<sup>32</sup>

Características;

- Sensitivo. Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no trata de buscar relación con los hechos.
- Superficial.
- Subjetivo. La descripción y aplicación de los hechos depende del capricho y arbitrariedad de quien los observe.
- Dogmático. Este se sostiene en la aplicación táctica de actitudes corrientes o en nuestra propia suposición irreflexiva se apoya en creencias y supuestos no verificables o no verificados.
- Estático. Los procedimientos para lograr los conocimientos se basan en la tenacidad y el principio de autoridad, carecen de continuidad e impide la verificación de los hechos.
- Particular. Agota su esfera de validez en si mismo, sin ubicar los hechos singulares en esquemas mas amplios.
- Asistemático. Porque se organiza de manera no sistemática.
- Inexacto. Sus descripciones y definiciones son poco precisas.
- No acumulativo. La aplicación de los hechos es siempre arbitraria, cada cual emite su opinión, sin considerar otras ideas ya formuladas.<sup>32</sup>



## CONOCIMIENTO CIENTIFICO

Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad.

Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.

### Características

- Racional: No se limita a describir los hechos y fenómenos de la realidad,
- sino que explica mediante su análisis para la cual elabora conjeturas, fórmulas, enunciados, conceptos, etc.
- Fático: Inicializa los hechos, los análisis y luego regresa a éstos.
- Objetivo: Los hechos se describen y se presentan cual son, independientemente de su valor emocional y de su modo de pensar y de sentir quien los observa.
- Metódico: Responde a una búsqueda intencionada, obedeciendo a un planteamiento donde se utilizan procedimientos metódicos con pretensión de validez.
- Auto-Correctivo o Progresivo: Es de esta forma porque mediante la confrontación de las conjeturas sobre un hecho con la realidad y el análisis del hecho en sí, que se ajustan rechazan las conclusiones.
- General: Porque ubica los hechos singulares en puntas generales llamadas "Leyes".
- Sistemático: Ya que el conocimiento está constituido por ideas conectadas entre sí, que forman sistemas.
- Acumulativo: Ya que parte del conocimiento establecido previamente y sirve de base a otro.<sup>32</sup>

### 1.11.5 NIVELES DE CONOCIMIENTO.

Descartes había propuesto la existencia de dos tipos de conocimiento; el conocimiento intuitivo y el conocimiento deductivo.

Inspirado en el modelo matemático, a partir de la intuición de ideas claras indistintas se abre un proceso deductivo que nos puede llevar al conocimiento de todo cuanto es posible conocer.

Locke distinguía tres niveles de conocimiento; el conocimiento intuitivo, el conocimiento demostrativo y el conocimiento sensible.

El conocimiento intuitivo se da cuando percibimos el acuerdo o desacuerdo de las ideas de modo inmediato, a partir de la consideración de tales ideas y sin ningún proceso mediador.

El conocimiento demostrativo es el que obtenemos al establecer el acuerdo o desacuerdo entre dos ideas recurriendo a otras que sirven de mediadoras a lo largo de un proceso discursivo en el que cada una de sus pasos es asimilado a la intuición.

El conocimiento sensible es el conocimiento de las existencias individuales, y es el que tenemos del sol y demás cosas.<sup>34</sup>

#### 1.11.6 TIPOS DE CONOCIMIENTO.

##### COTIDIANO.

El conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico-espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica que el hombre realiza diariamente, lo cual ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia.

- Tiene lugar en las experiencias cotidianas.
- Es y ha sido respuesta a necesidades vitales.
- Ofrece resultados prácticos y útiles.
- Se transmite de generación en generación.<sup>31</sup>

##### TECNICO

La experiencia hizo el conocimiento técnico. Se origina, cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes.<sup>31</sup>

##### EMPIRICO

También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innúmeras tentativas. Es a metódico y asistemático.<sup>31</sup>

El conocimiento común o popular está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable, teniendo las siguientes características:

- Es **asistemático** porque carece de métodos y técnicas.
- Es **superficial** porque se forma con lo aparente.
- Es **sensitivo** porque es percibido por los sentidos.
- Es **poco preciso** porque es ingenuo.<sup>31</sup>

CIENTIFICO.

Va más allá de lo empírico, por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen.

Sus características:

- Es **cierto** porque sabe explicar los motivos de su certeza.
- Es **general**, la ciencia partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie.
- Es **metódico, sistemático** su objetivo es encontrar y reproducir el encadenamiento de los hechos, lo alcanza por medio del conocimiento de las leyes y principios. Por eso la ciencia constituye un sistema.<sup>31</sup>

## 1.12. FAMILIA

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, por ello es indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social primario.<sup>35</sup>

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.<sup>36</sup>

La familia es el origen de toda agrupación humana.<sup>37</sup>

### 1.12.1 DEFINICIONES.

- La ONU:  
“La familia debe ser definida como nuclear. Comprende las personas que forman un hogar privado tales como los esposos o un padre o una madre con un hijo no casado o en adopción.”<sup>39</sup>
- Fernández:  
“una estructura de papeles y relaciones basada en los lazos de sangre(consanguinidad) y de matrimonio(afinidad) que liga a los hombres, a las mujeres y a los niños dentro de una unidad organizada”.<sup>37</sup>
- Desde la perspectiva del medico familiar.  
La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un numero variable de miembros, que en la ,mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso de salud enfermedad.<sup>38</sup>
- RALE:  
Grupo de personas emparentadas entre si que viven juntas o “Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines a un linaje”.<sup>39</sup>
- El termino familia procede del latín familia “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de gens”, a su vez derivado de famulus, “siervo, esclavo”<sup>36</sup>
- Hoebel y Weaver conceptualizan a la familia como el grupo de personas formado a través de la institución de matrimonio.<sup>37</sup>
- El censo canadiense define a la familia como “esposo y esposa con o sin hijos; o padre o madre solo con uno o mas hijos que viven bajo el mismo techo”<sup>35</sup>

- Para el Papa León XIII (1818- 1903), “la familia es una sociedad de extensión limitada, pero con todo, una verdadera sociedad, anterior a cualquier estado o nación, con sus propios derechos y deberes y totalmente independiente del Estado”.<sup>35</sup>

### 1.12.2 ESTRUCTURA DE LA FAMILIA.

Estructura.

Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden y orden integran al grupo familiar.<sup>38</sup>

Funciones de la familia:

Son las tareas que les corresponden realizar a los integrantes de la familia como un todo.

- Socialización.  
Promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la replica de valores individuales y patrones propios de cada familia.
- Afecto.  
Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado.  
Protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- Estatus.  
Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción.  
Provisión de nuevos miembros a la sociedad.

- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.<sup>38</sup>.

### 1.12.3 TIPOS DE FAMILIAS.

- Familia nuclear. Padres e hijos (si los hay): también se conoce como “circulo familiar”.
- Familia extensa. Además de la familia nuclear incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines.
- Familia monoparental. En la que el hijo o los hijos viven solo con uno de los padres.
- Otros tipos de familia. Aquellas conformadas únicamente por hermanos, amigos, (donde el sentido de la palabra familia no tiene que ver con el parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos de la convivencia, la solidaridad y otros).<sup>36</sup>
- Familia troncal o múltiple. Varias generaciones conviven bajo el mismo techo(padre, hijos, abuelos)
- Familia reconstituida. Padre o madre con algún hijo forman nueva familia con otra pareja o cónyuge.
- Familia agregada. Se vive en régimen de cohabitación pero no están certificadas legalmente se suelen denominar “pareja de hecho”.
- Familia polígama. Un hombre y varias mujeres , poliginia una mujer con varios hombres.<sup>37</sup>
- La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, según los socialistas Frédéric Le Play y Proudhon “es la célula básica de la sociedad”<sup>35</sup>

Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones. Los principales en la estructura nuclear son:

- Subsistema conyugal.  
Se construye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de construir una familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua.<sup>35</sup>

- Subsistema paterno-filial.

El nacimiento de un hijo ocasiona un cambio radical en la organización familiar, ya que al parecer este nuevo subsistema, surge también la necesidad de reorganizar los límites y las funciones familiares, satisfacer otras necesidades e iniciar el manejo de nuevas relaciones sin renunciar al apoyo que caracteriza al subsistema conyugal; no es simplemente asumir nuevos roles.

- Subsistema fraterno.

Construye el entorno social en el que los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales. En él aprenden a negociar, compartir y competir. Los niños sin hermanos suelen desarrollar pautas y procesos del mundo adulto que pueden manifestarse como un desarrollo precoz.<sup>35</sup>

#### 1.12.4 CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS

Con el propósito de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales:

- Parentesco
- Presencia física en el hogar o convivencia
- Medios de subsistencia
- Nivel económico
- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales.<sup>38</sup>

- Clasificación de las familias con base en el parentesco

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta.

- Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia.

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles.

- Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia

La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia.

- Clasificación de las familias con base en su nivel económico.

Por su importancia y efectos sobre la salud-enfermedad, la pobreza es el indicador que el médico familiar debe evaluar, para lograrlo deberá tomar en cuenta los elementos que integren una visión multifactorial de este fenómeno.<sup>38</sup>

#### 1.12.5 DINAMICA FAMILIAR

Es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar.<sup>38</sup>

La dinámica familiar es el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales, intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación, dotación) al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, dentro del cual estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y son determinantes de su buen o mal funcionamiento.<sup>35</sup>

#### 1.12.6 SALUD FAMILIAR

Homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social.<sup>38</sup>



### 1.12.7 SUBSISTEMAS E INTERACCIONES FAMILIARES.

En una familia nuclear se identifican los siguientes subsistemas:

- **Subsistema Conyugal:** Pareja inicial que comparte intereses, aspiraciones, esfuerzos...
- **Subsistema Parenteral:** Suele coincidir con la anterior, caben otras situaciones. Se establece la relación a partir de la condición de ser padre o madre.
- **Subsistema Filial:** Hijo /s de la pareja. Considerándolos como universo diferenciado dentro del núcleo familiar.
- **Subsistema Fraternal o Fratrias:** La atención en las relaciones e interacciones entre hermanos. Facetas diferentes según la edad, sexo y posición familiar.<sup>37</sup>

### 1.13 REDES DE APOYO FAMILIAR.

El apoyo social es un factor protector de la salud. La familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar. Ésta se define como la forma que tiene la familia de organizar la manera de interactuar de sus miembros de acuerdo con las demandas funcionales que tenga y a las pautas repetitivas de interacción. Ante los cambios de ciclo vital, o ante los sucesos estresantes que ocurren a lo largo de la vida, las familias se modifican y los enfrentan de acuerdo con diferentes estilos de funcionamiento familiar.<sup>40</sup>

La cohesión se define como la distancia y proximidad que existe entre los miembros de una familia y comprende dos aspectos que son:

- el lazo emocional que tienen los miembros de la familia entre sí y
- el grado de autonomía de cada miembro de la familia.

En el modelo circunflejo de evaluación familiar desarrollado por Olson, Rusell y Sprenkle se hace una clasificación de acuerdo con el grado de cohesión de la siguiente manera:

- aglutinada: se refiere a un apego excesivo, debido a que existe mucha proximidad entre los miembros de la familia y por lo tanto manejan una muy alta cohesión.
- conectada: se refiere a que existe una proximidad en un nivel alto o moderado entre los miembros de la familia, por lo que el tipo de cohesión es moderada o alta.
- separada: donde el nivel de proximidad es moderado o bajo entre los miembros de la familia, por lo que la cohesión se clasifica como moderada o baja.
- desligada: se refiere a que existe una escasa proximidad que se puede traducir como un desapego entre los miembros de la familia, por lo que manifiestan un nivel de cohesión muy baja o nula.

De estos cuatro niveles de cohesión el conectado y separado se consideran facilitadores del funcionamiento familiar debido a que las familias logran tener una experiencia equilibrada entre independencia y unión.

Las familias que manejan dichos niveles de cercanía son capaces de equilibrar la autonomía personal con la proximidad y conexión entre sus miembros, mientras que las familias en las que la cohesión es desligada o aglutinada tienden a ser más disfuncionales.

Las familias que tienen una cohesión aglutinada se caracterizan por un exceso de identificación de los miembros con la familia, así como por la generación de un gran sentimiento de lealtad que produce, en los miembros de la misma, problemas para lograr una individuación, dificultándoseles el desarrollar una identidad personal propia.

Por su parte, las familias que tienen una cohesión desligada tienden a mostrar un bajo nivel de compromiso y apego entre sus miembros, donde cada quien desarrolla sus propios planes, sin tomar en cuenta a los demás miembros de la familia.

La adaptabilidad se define como “la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos y situacionales”.

Hay cuatro niveles de adaptabilidad:

- Rígida (muy baja adaptabilidad),
- estructurada (baja a moderada adaptabilidad),
- flexible (moderada a alta adaptabilidad) y
- caótica (muy alta adaptabilidad).

Como red de apoyo social se definió la forma en que un miembro percibe su entorno social organizado, para recibir esta ayuda en situaciones de crisis. <sup>40</sup>

El apoyo social se refiere a las distintas formas en las que las personas brindan ayuda entre sí: apoyo emocional, consejo, información, guía, ayuda tangible o asistencia concreta. El apoyo social pueden brindarlo espontáneamente las redes naturales de ayuda de la familia y amigos, o pueden movilizarse mediante la intervención profesional.<sup>40</sup>

El apoyo social que se brinda mediante una red de apoyo informal está típicamente caracterizado por una mutualidad, reciprocidad e informalidad que a menudo no es evidente en las relaciones profesionales de ayuda. <sup>40</sup>

Apoyo familiar; se refiere a la comunicación, confianza, convivencia y soporte que existe entre los miembros de la familia, incluyendo a los padres, los hermanos, la pareja y los hijos.

Falta de apoyo; se refiere a la percepción negativa o deficiente de la interacción que se tiene con la familia y los amigos, debida al desconocimiento del otro, la falta de confianza, la crítica, las peleas y la violencia que existen.

Apoyo a través de la religión; Hace referencia al soporte y fuerza que brindan la fe y las prácticas religiosas para superar los problemas.

Apoyo de vecinos; Se refiere a la presencia de una relación cordial y amistosa con los vecinos, que resulta en la oferta y presencia de apoyo cuando es necesitado. <sup>40</sup>

## INSTRUMENTO.

El instrumento utilizado originalmente, se validó en población colombiana; ya que fue en ese país donde se creó, por tal motivo antes de aplicarlo en nuestra población en estudio se realizó una prueba piloto con el fin de validar las preguntas en relación a la comprensión del lenguaje y el tiempo de respuesta. La prueba se realizó con 20 participantes, que cumplían con los criterios de inclusión, se aplicó en el consultorio 2 del turno vespertino del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl, por parte del investigador principal. Cabe mencionar que estas encuestas se eliminaron al realizar el trabajo final.

El instrumento aplicado tiene cinco opciones de respuesta tipo Likert. Todos los ítems fueron validados por análisis factorial con rotación Varimax y el coeficiente de confiabilidad se realizó mediante la consistencia interna de los ítems en cada dimensión, mediante el cálculo separado de alpha de Cronbach para cada grupo de ítems, incluyendo la correlación parcial de los ítems con el total de la dimensión al cual se integra.

Dentro del análisis factorial definitivo se hizo usando criterios de restricción para aceptar como estable una dimensión; estos criterios fueron: selección y eliminación de ítems que cargaba a dos o más dimensiones; de existir ítems compartidos en una o dos dimensiones, solo se aceptaba el ítem si la diferencia de carga era mayor de 0.20 y se admitía como variable de saturación, la dimensión donde tenía mayor carga; también se eliminaron los ítems que cargando para una sola dimensión, su carga fuera inferior a 0.40 o dicha carga no existiera.

Terminando este procedimiento se hizo un análisis de dimensiones con las variables seleccionadas, usando el método de componentes principales y una matriz con rotación ortogonal.

Finalmente se hizo el análisis y el establecimiento de los puntajes descriptivos de media y desviación estándar para la muestra que validaba dicho cuestionario.<sup>1</sup>

Es un cuestionario con cinco opciones de respuesta tipo Likert, auto aplicable, compuesto por 85 preguntas y cuyas respuestas abarcan.

1. Totalmente desacuerdo.
2. En desacuerdo.

3. Indeciso o dudoso.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

Las categorías del cuestionario de CHPB evalúa tres categorías; creencias, actitudes y conocimiento. Las preguntas que califican cada categoría se enumeran a continuación.

**Creencias** 1, 2, 3, 6, 7, 9, 14, 15, 17, 18, 22, 24, 27, 29, 30, 32, 33, 35, 37, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 49, 50, 52, 54, 61, 62, 68, 79.

**Actitudes** 4, 8, 11, 12, 16, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 31, 34, 36, 38, 41, 46, 47, 48, 51, 53, 55, 56, 58, 59, 63, 65, 69, 80, 85.

**Conocimientos** 5, 10, 13, 57, 60, 64, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 82, 83, 84.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Hasta el siglo pasado, es decir apenas hace 13 años, se creía que las enfermedades relacionadas con la próstata se derivaban directamente de un abuso en la frecuencia del acto sexual.

La próstata es un órgano que tiene una alta frecuencia de presentar alteraciones funcionales y la hiperplasia prostática benigna es una de las enfermedades más comunes en el hombre, ya que se relaciona de manera directa con la edad de estos. De acuerdo a la realidad de las estadísticas actuales la incidencia de esta enfermedad ha aumentado ya que el promedio de vida actualmente se encuentra alrededor de los 75 años, en México alrededor de 5.5 millones de hombres la padecen.

Esta patología provoca ansiedad en los varones que la padecen ya que la sensación de disuria, dificultad para orinar o para iniciar la micción, chorro urinario débil, urgencia urinaria, poliaquiuria, sensación de vaciado incompleto, necesidad de apretar para conseguir vaciar la vejiga y urgencia suelen ser bastante molestos, y en algunas ocasiones complican sus actividades diarias o trastornan su sueño, ya que el que la padece frecuentemente necesita orinar por las noches.

A pesar de la ansiedad que produce la sintomatología, en realidad el problema de la hiperplasia prostática benigna es que puede producir una uropatía obstructiva severa que incluso puede llevar a una insuficiencia renal crónica, situación que se puede prevenir si los varones se realizan su exploración prostática, de manera anual, por lo que es necesario, conocer en nuestra población cautiva del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl;

¿Cuales son los conocimientos, creencias y actitudes sobre la hiperplasia prostática benigna que presentan nuestros derechohabientes?

### 3. JUSTIFICACION.

#### Magnitud.

La hiperplasia prostática benigna es a menudo una enfermedad silenciosa, por lo cual un alto porcentaje de hombres consultan al medico cuando la enfermedad ya ocasionó complicaciones que afecta en diferente grado su vida diaria y que puede iniciarse a partir de los 40 años, edad de mayor productividad económica.

En México la incidencia nos revela que uno de cada 100 hombres que consulta por hiperplasia prostática benigna son hospitalizados, el 1% son intervenidos quirúrgicamente y el 0,4% ingresa al servicio de urgencias.

A partir de los 60 años la prevalencia es mayor al 50% y a 85 años de edad hasta un 90% de los hombres es hospitalizado; esto es de vital trascendencia ya que compromete la calidad de vida del sujeto por la cantidad de síntomas que presenta y dentro de los cuales podemos encontrar; retención aguda y crónica de orina, infecciones del tracto urinario, divertículos vesicales, hematuria, incontinencia por rebosamiento, hidronefrosis, insuficiencia renal y la muerte. Todas estas entidades provocan ausencias laborales, así como trastornos en la dinámica familiar y altos costos, para los sistemas nacionales de salud.

#### Vulnerabilidad.

Todo hombre mayor de 40 años de edad, deberá realizarse una revisión anual de la próstata para prevenir esta patología, así como recomendarles la disminución del consumo de algunos factores de riesgo como el alcohol, cigarrillo y café que son tan comunes en el estilo de vida del varón mexicano.

Es por eso que se recomienda que los hombres mayores de 40 años se realicen una revisión anual de la próstata para prevenir esta patología.

Sin embargo el tabú y las creencias que existen frente a la exploración prostática impiden en muchos casos ser diagnosticadas a tiempo.

## 4.- OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo general

Identificar los conocimientos, creencias y actitudes sobre la hiperplasia prostática benigna en los derechohabientes del hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

### 4.2 Objetivos específicos.

- Identificar que sabe el derechohabiente sobre la hiperplasia prostática benigna.
- Identificar que piensa el derechohabiente sobre el tacto rectal.
- Identificar que piensa el derechohabiente sobre la hiperplasia prostática benigna y su función sexual.
- Identificar que piensa el derechohabiente sobre el inicio de los síntomas de hiperplasia prostática benigna.
- Identificar que piensa el derechohabiente sobre hiperplasia prostática benigna y su capacidad de reproducción.
- Identificar que hace el derechohabiente una vez que sabe que tiene hiperplasia prostática benigna.

## 5. MATERIAL Y METODOS.

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo transversal, observacional, predictivo, descriptivo, se llevara acabo en Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl, en el turno vespertino, en el consultorio número 2.

### 5.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Pacientes masculinos de 35 a 65 años de edad, que acudan a la consulta externa, del consultorio 2, en el turno vespertino del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl, del periodo de Enero a Mayo del 2013.



### 5.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La unidad de observación será en pacientes derechohabientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl que acudan a la consulta externa en el consultorio 2 en el turno vespertino.

Es una muestra no probabilística a conveniencia.

Se estudiarán a 81 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl, de Enero a Mayo de 2013.

### 5.4 CRITERIOS DE INCLUSION. EXCLUSION Y ELIMINACION.

#### CRITERIOS DE INCLUSION.

- Pacientes que acudan a la consulta externa en el consultorio 2, en el turno vespertino del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.
- Pacientes derechohabientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.
- Pacientes de 35 años en adelante.
- Pacientes que asistan a la consulta externa en el periodo de Enero a Mayo 2013.
  
- Pacientes que quieran participar en el estudio.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION.

No aplica.

#### CRITERIOS DE ELIMINACION.

No aplica

## 5.5 DEFINICION DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICION

VARIABLE	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE	ANALISIS
EDAD	Control	Es el termino trascurrido desde el nacimiento.	cuestionario	Estatificación
ESCORALIDAD	Control	Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela.	cuestionario	Porcentaje
ESTADO CIVIL	Control	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Cuestionario	Porcentaje
OCUPACION	Control	Es la actividad realizada, como trabajo, empleo o diversión.	Cuestionario	Porcentaje
CREENCIAS	Dependiente	Es una preposición simple, consiente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace; es una predisposición a la acción.	Cuestionario	Porcentaje
ACTITUDES	Dependiente	Una organización relativamente duradera de creencias en torno un objeto o situación, la cual predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada.	Cuestionario	Porcentaje.
CONOCIMIENTO	Dependiente	Significa recordar datos específicos o la habilidad para aplicar los datos específicos para resolver un problema.	Cuestionario	Porcentaje

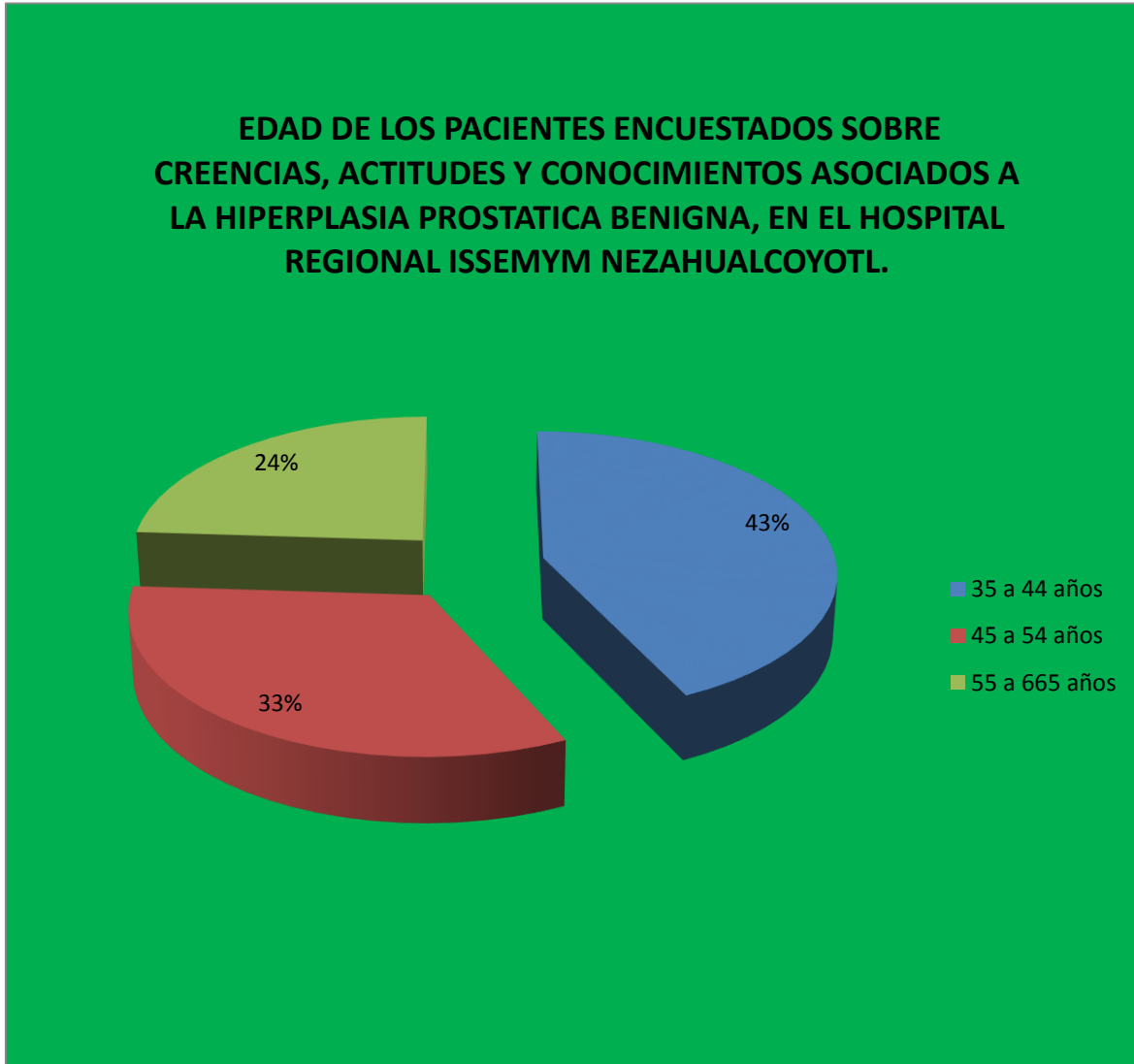
## 5.6 METODOS PARA CAPTURAR LA INFORMACION

Se realizara previo censo de pacientes masculinos que acudan a la consulta externa, por lo que se les abordara de manera individual, invitándolos a participar en el estudio, corroborando los criterios de inclusión, exclusión y eliminación previamente descrito.

Se realizara mediante el instrumento el cual es auto aplicable.

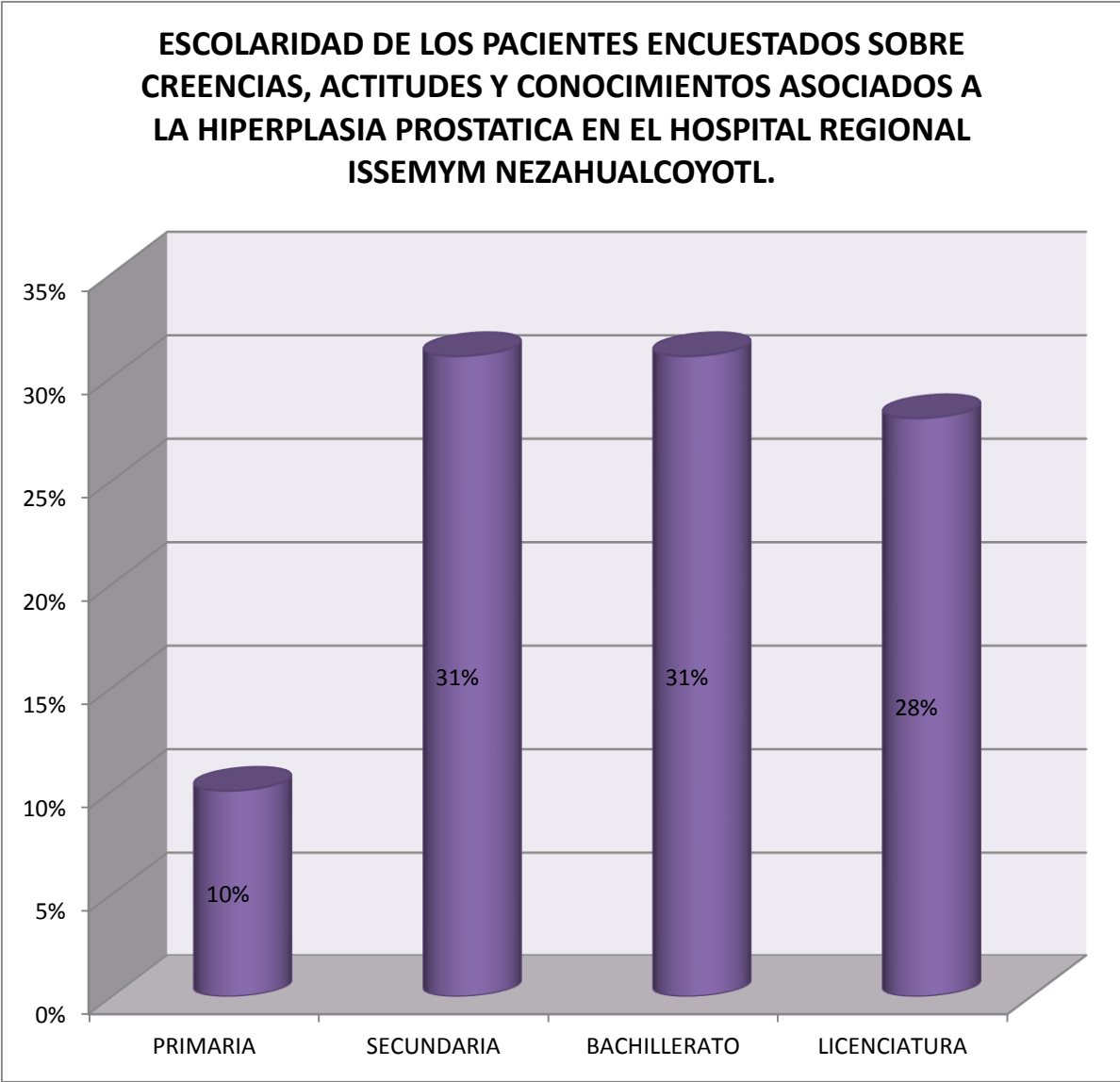
## RESULTADOS.

De los 81 Pacientes que se incluyeron en el presente estudio, 35 de ellos se encuentran entre los 35 a 44 años de edad, lo que corresponde al 43% de la muestra; 27 se encuentran entre los 45 a 54 años de edad, que corresponden al 33% del universo estudiado y 19 se encuentran entre los 55 a 65 años de edad, que corresponden al 24% de la muestra.



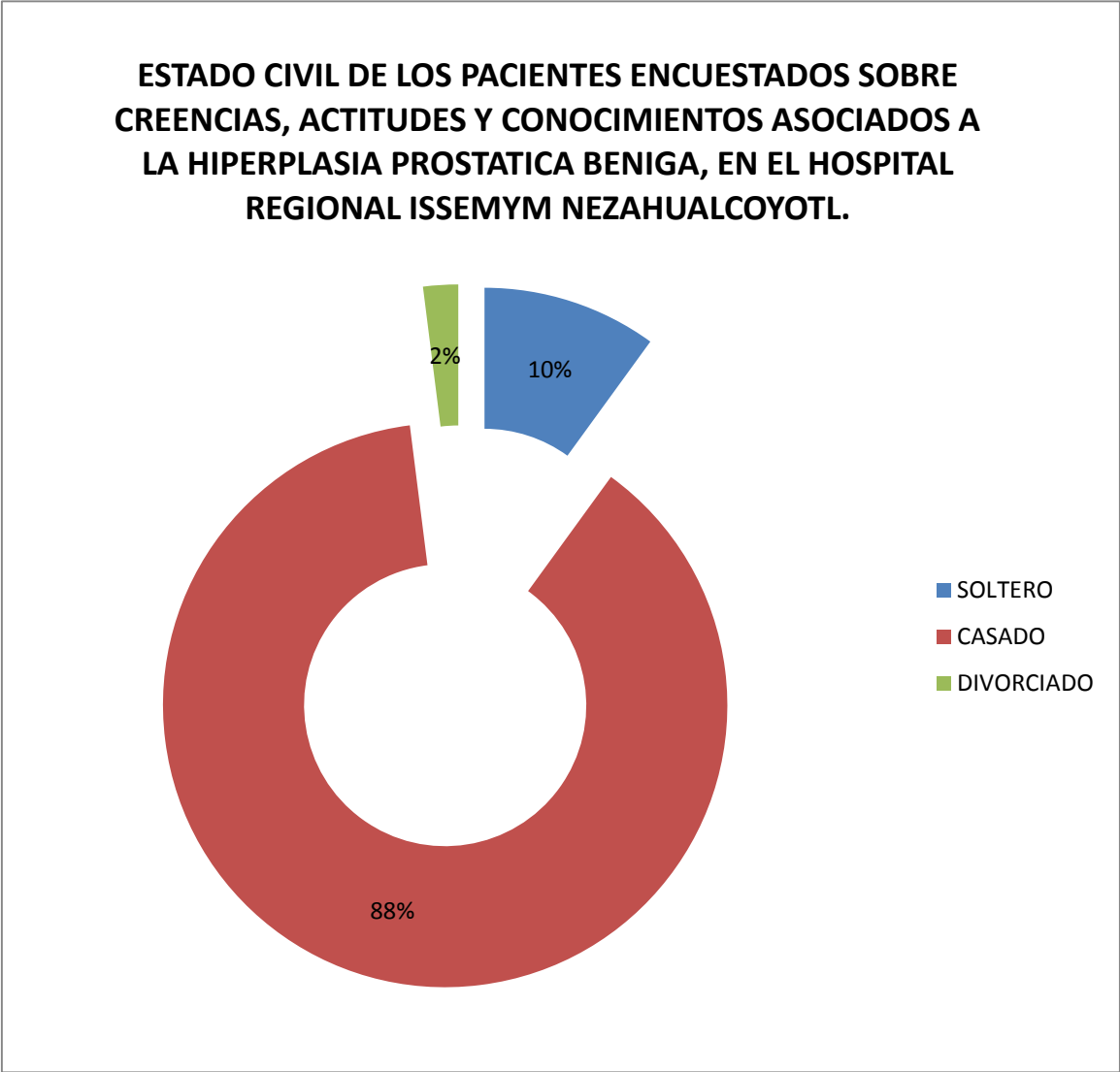
FUENTE. Encuesta de Creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna, realizada en el Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

Dentro de la escolaridad que presentan los individuos en este estudio, se encontró que 8 tienen nivel de primaria, lo que corresponde al 10% de la muestra estudiada; 25 tienen nivel de secundaria lo que corresponde al 31% de los pacientes; 25 tienen nivel de bachillerato lo que corresponde al 31% de los pacientes y 23 tienen nivel de licenciatura lo que corresponde al 28% de la muestra estudiada.



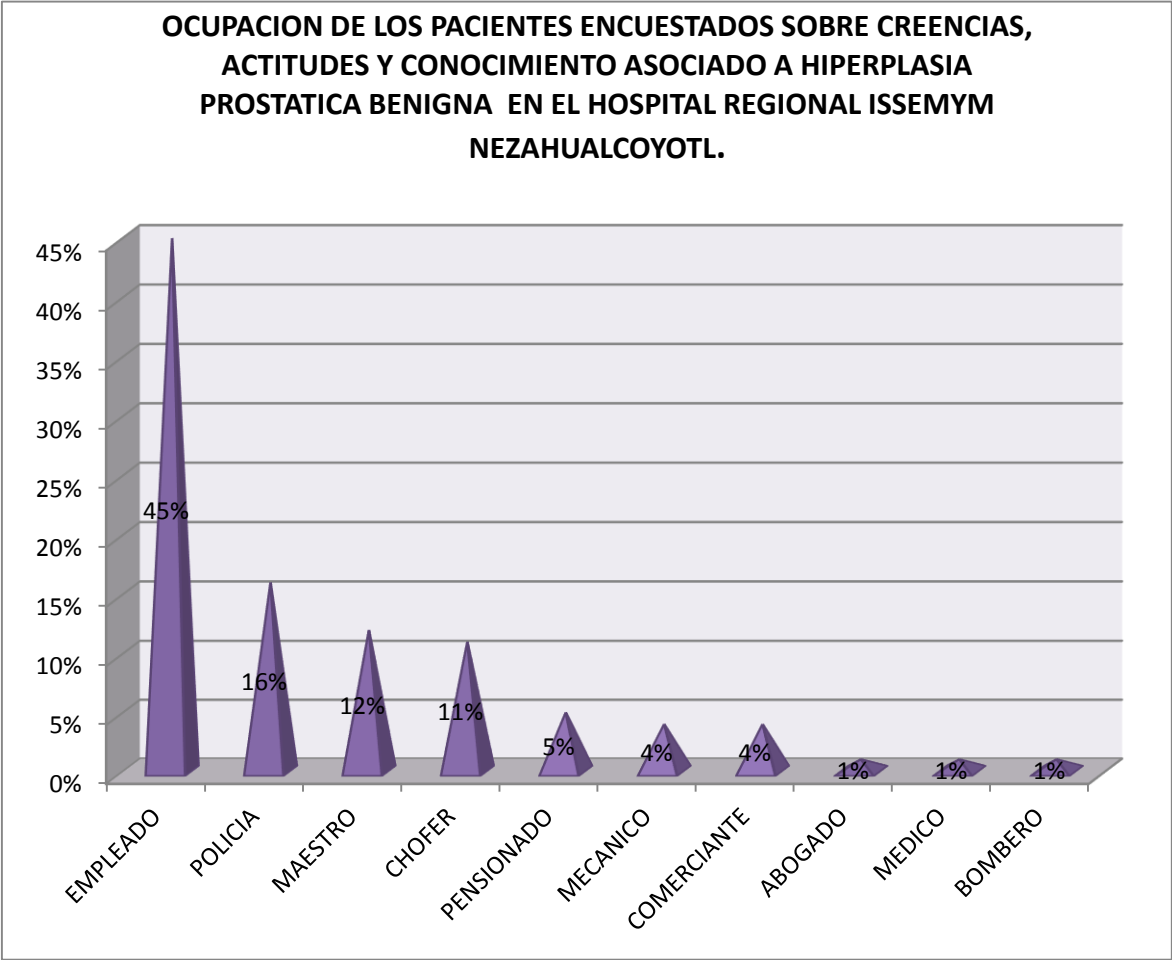
FUENTE. Encuesta de Creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna, realizada en el Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

En relación al estado civil encontramos que 8 de nuestros pacientes son solteros, lo que corresponde al 10% de la muestra estudiada; 71 que es la gran mayoría se encuentran casados y corresponde al 88% de la muestra y 2 se encuentran divorciados y corresponden al 2% de la muestra estudiada.



FUENTE. Encuesta de Creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna, realizada en el Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

Dentro de la ocupación encontramos que 36 sujetos de este estudio, son empleados, lo que corresponde al 45%; 13 sujetos son policías lo que corresponde al 16% de la muestra; 10 sujetos del estudio son maestros lo que corresponde al 12%; 9 sujetos son choferes, lo que corresponde al 11% de la muestra; 4 sujetos son pensionados, lo que corresponde al 5% de la muestra; 3 son mecánicos lo que corresponde al 4% de la muestra, 3 son comerciantes, lo que corresponde al 4% de la muestra; 1 es abogado, que corresponde al 1% de la muestra; 1 es medico, lo que corresponde al 1% de la muestra, 1 es bombero, lo que corresponde al 1% de la muestra.



FUENTE. Encuesta de Creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna, realizada en el Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

Tabla 1. Creencias asociadas a la hiperplasia prostática benigna en los derechohabientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

ENUNCIADO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDECISO O DUDOSOS	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
	%	%	%	%	%
Pienso que el examen del tacto rectal despierta las tendencias homosexuales.	65	20	5	5	5
Si me enfermo de la próstata hay deterioro en mi función sexual.	15	20	29	25	11
Creo que el tacto rectal es como una violación.	46	26	6	16	6
Creo que si tengo problemas de próstata no puedo tener relaciones sexuales.	22	28	30	16	4
Si me realizo una cirugía de próstata pierdo la potencia sexual.	19	39	32	6	4
Aun soy virgen porque no me han hecho el examen del tacto rectal.	27	38	14	19	2
Pienso que si me hago el examen del tacto rectal dejo de ser hombre.	55	37	1	6	1
Si tengo mucha actividad sexual puedo sufrir problemas de próstata.	40	31	16	11	2
Considero que el examen del tacto rectal es para hombres mayores de 60 años.	41	38	2	9	10
Considero que el médico que realiza el examen del tacto rectal tiene aberraciones sexuales.	51	32	10	5	2

FUENTE. Encuesta de Creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna, realizada en el Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.



Tabla 2. Actitudes asociadas a la hiperplasia prostática benigna en los derechohabientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

ENUNCIADO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDECISO O DUDOSOS	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
	%	%	%	%	%
Pienso que no me enfermare de la próstata	47	32	5	7	9
Prefiero que el examen del tacto rectal me lo haga una mujer.	36	24	17	16	7
Me da pena decir que tengo problemas de próstata.	42	31	11	14	2
El examen del tacto rectal es molesto, pero no es nada del otro mundo.	10	12	17	41	20
No me gusta hablar acerca del examen rectal con nadie	31	36	11	16	6
Me da pena que sea otro hombre el que me haga el examen del tacto rectal.	29	32	14	20	5
No consulto al médico por problemas de próstata por temor a descubrir que tengo cáncer.	42	35	7	10	6
Me haría el examen del tacto rectal solo en casos extremos	43	26	11	14	6
Me da más pena hacerme el examen del tacto rectal con una mujer que con un hombre.	39	30	14	10	7
No estoy acostumbrado a desnudarme para que me hagan el tacto rectal	25	10	7	25	33
Sabré que tengo problemas de próstata en el momento en que me enferme	16	17	26	17	24

FUENTE. Encuesta de Creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna, realizada en el Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

Tabla 3. Conocimientos asociadas a la hiperplasia prostática benigna en los derechohabientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

ENUNCIADO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	INDECISO O DUDOSOS	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
	%	%	%	%	%
No me hago el examen del tacto rectal por falta de información clara por parte del médico.	31	22	11	29	7
Creo que si tengo dificultades para orinar necesito revisión médica de mi próstata.	16	9	4	55	16
Pienso que hay otros exámenes para examinar la próstata mejores que el tacto rectal.	11	9	29	31	20
Pienso que el tema de los problemas de próstata es un tabú.	36	34	9	11	10
Creo que la próstata es una glándula que produce semen.	23	25	36	13	2
Pienso que el problema de la próstata es algo genético.	26	38	19	15	2

FUENTE. Encuesta de Creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna, realizada en el Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

## 7. DISCUSIÓN.

De los 81 pacientes que integraron nuestra muestra de estudio, el 43% corresponden a hombres entre 35 a 44 años de edad, siendo este el grupo más grande de nuestra muestra.

Dentro de la escolaridad encontramos que el nivel primaria, es el que tiene el porcentaje más bajo, esto es acorde con el tipo de población que se atiende en el instituto, ya que ellos son trabajadores del estado y la mayoría de los entrevistados eran los trabajadores y no derechohabientes de ellos. El mayor porcentaje de nuestra muestra se obtuvo entre los pacientes de nivel bachillerato y licenciatura, lo que les permite tener otra visión de la enfermedad y del tipo de estudio que se requiere para su diagnóstico, como se describe en el artículo “creencias sobre el examen digital, como tamiz de cáncer de próstata” que habla sobre la masculinidad marginizada.<sup>41</sup>

En relación al estado civil el 88% de la muestra de estudio, esta casada. En cuanto a la relación de la ocupación, la mayoría de nuestros pacientes objeto de este estudio son empleados, correspondiendo al 45% de nuestra muestra, lo cual va de acuerdo con las características de los usuarios que atendemos.

Ya en relación a las preguntas encontramos que el 36% de nuestra muestra admite que si se enferman de la próstata tendrá deterioro de su función sexual, y de ellos el 20% considera que no podrá tener relaciones sexuales, estas creencias de los pacientes coinciden con los resultados obtenidos en un estudio por Jakobsson, Loven y Halberg, en donde identificaron más problemas sexuales en hombres con hiperplasia prostática benigna que en la población general.<sup>1</sup>

Con lo que respecta a las creencias sobre la realización del tacto rectal, una quinta parte de la muestra considera este acto como una violación; Mientras que el 2% de la muestra estudiada, considera continuar siendo virgen sino se lleva a cabo esta exploración, estos resultados coinciden con los obtenidos por Clarke-Tasker y Wade, los cuales encontraron que los hombres consideran el examen del tacto rectal difícil e incómodo; sin embargo no se oponen a hacerse.<sup>1</sup>

El 7% de los sujetos estudiados está totalmente de acuerdo en que realizarse el tacto rectal es sinónimo de dejar de ser hombre, esto viene aunado a la pregunta de si el

examen rectal despierta las tendencias homosexuales, encontrando que un 10% de nuestra muestra estudiada considera que esto es cierto. Esto está de acuerdo con Uribe, del hospital de Bogotá Colombia, en el vol. 14, número 1, en el cual afirma “los hombres no consultan a tiempo realmente porque los domina el ego machista y el miedo a exponer su intimidad durante el examen médico”.<sup>1</sup>

Por otro lado la quinta parte de los sujetos estudiados en esta muestra, considera que el tacto rectal es para hombres mayores de 60 años. Esta cifra en la que la mayoría de los pacientes considera que el examen del tacto rectal no es solo para mayores de 60 años, seguramente está en relación con el nivel educativo de nuestros pacientes, ya que recordemos que el 59% de los pacientes de nuestra muestra tiene nivel de bachillerato licenciatura. Lo que se encuentra en relación con otros autores de Colombia ya que ellos han encontrado que un factor de riesgo para no realizarse el tacto es el nivel de educación y clases sociales bajas, que elevan los niveles de pobreza ya que no tienen ingresos económicos ni seguridad social.<sup>42</sup>

Con relación a las creencias sobre la cirugía de próstata y la potencia sexual la mitad de la muestra no tendría dudas para realizarse una cirugía de próstata, ya que saben que no perderían su potencia sexual. Esto va en contra de la literatura en la que se habla de los efectos de la enfermedad sobre la masculinidad por Doyal L. Sex, gender and health: the need for a new approach. BMJ 2001; 323: 1061-1063. En el que se establece que en la construcción social del prototipo del hombre predomina la percepción de la invulnerabilidad y fortaleza hacia la enfermedad, lo que puede llevar a que no se busque oportunamente atención a su salud.<sup>43</sup>

Otra de las preguntas que tuvo respuestas con índices muy altos es; si tengo mucha actividad sexual, puedo sufrir problemas de próstata, en la que el 71% sabe que la frecuencia de la actividad sexual no tiene que ver con problemas prostáticos. Lo cual es contradictorio con la literatura encontrada en la que Diego Iván MD. Creencias sobre el examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata: hallazgos cualitativos de un estudio en Cali. Vol. 34- No. 3, 2003, encontró que la percepción sobre el origen de la enfermedad tiene que ver casi exclusivamente con el comportamiento sexual, en la medida que implica la aceptación implícita de ser “mujeriego”.<sup>41</sup>

Una de las preguntas en las que los participantes tuvieron una respuesta muy marcada es; si considero que el médico que realiza el examen del tacto rectal tiene aberraciones sexuales, encontramos que el 83% de los pacientes estudiados esta totalmente en desacuerdo. Lo que esta en contraposición con la literatura colombiana encontrada en la que se establece que existen muchas falacias en cuanto a la revisión prostática y estas son las causantes de los descubrimientos tardíos de dicha enfermedad. Diseño de un cuestionario psicométrico para evaluar creencias, actitudes y conocimientos, asociados a la hiperplasia prostática benigna. Stefano Vivancia, Hamilton Fernández, Summa Psicológica Vol. 14 No. 1 marzo de 2007, p 73-92.

Con relación a la creencia de los varones sobre si piensan que no enfermaran de la próstata, el 79% esta en desacuerdo, por lo que saben que dependiendo de la edad aumentara las posibilidades de que esta enfermedad aparezca, este resultado muy probablemente este de acuerdo con el nivel de conocimientos sobre esta enfermedad, la cual a su vez esta en relación con el nivel académico de los pacientes de nuestra muestra estudiada. Ya que en la literatura presentada por Clarke-Tasker y Wade , R (2002). What we thought we knew. African American males perception of prostate cancer and screening methods. Urology, 13, 56-60 establecen creencias machistas donde se considera que el hombre no se puede enfermar ni sentir dolor.

Con relación a la actitud sobre el género de quien realiza el tacto rectal; el 60% de los sujetos estudiados esta en desacuerdo en que esta maniobra la realice una mujer, y de ellos el 17% no aceptaría hacerlo con el género femenino. A este respecto esta situación es contradictoria con la literatura de Colombia en la que se establece que el hombre se siente mas humillado cuando el examen lo realiza un varón. Diego Iván Lucumí Columbia medica vol.34. No.3, 2003 <sup>41</sup>

La mitad de los sujetos de la muestra estudiada, considera no realizarse el tacto rectal por falta de información clara por parte del médico tratante y solo lo hablarían en casos verdaderamente extremos. Ya que la mayor parte de la información que reciben es por parte de otros varones y por los medios de comunicación, lo que esta en acorde con la literatura colombiana de colomb med 2003;34 111-118, donde establece que la respuesta del medico ante las dudas del paciente no son satisfechas por el escaso tiempo dedicado a la atención de ellos y que los tramites administrativos son muy complejos lo que los hace sentir incomodos. <sup>41</sup>

Lo anterior va de la mano al considerar que hay otros exámenes médicos mejores para examinar la próstata, encontrando en este caso al 51% de la muestra estudiada y solo un 20% de los varones considera que el examen del tacto rectal es lo mejor para examinar la próstata, sin embargo los varones que empiezan a tener síntomas para orinar, si acuden a examen prostático siempre ante la posibilidad de que el tacto rectal sea el ultimo que se les realice.

Con relación a la creencia de que los problemas de próstata son un tabú, el 70% de nuestra muestra considera que no debe ser así, esto esta en contra de lo que hemos encontrado en la literatura y muy probablemente se deba a la escolaridad de nuestra muestra estudiada ya que en otras poblaciones estudiadas los niveles de escolaridad mas comunes son el nivel primaria. Como en Arbelez JD Rev. de la Facultad de Salud Pública de Medellín 2012; 30(3):300-309. <sup>42</sup>

Con relación a la creencia de que el problema de la próstata es algo genético, el 64% de nuestra muestra estudiada esta en desacuerdo y el 41% considera que sabrán que tienen problemas de este órgano en el momento en que se enfermen, ya que el 58% no están acostumbrados a desnudarse para que se les realice un tacto rectal a menos que sea estrictamente necesario. Como se establece colomb med 2003:34:1-118 en el que este tipo de exploración genera preocupación entre los hombres “perdida de la virginidad después de viejo, violación y humillación”. <sup>41</sup>

## 8. CONCLUSIONES.

La hiperplasia prostática benigna es a menudo una enfermedad silenciosa y con una alta frecuencia, pues a pesar de su pequeño tamaño y volumen tiene muchas posibilidades de presentar alteraciones.

Sin embargo los comportamientos preventivos como específicamente serían la práctica oportuna y periódica del tacto rectal, si bien no previene la aparición de la hiperplasia prostática benigna, si puede evitar las complicaciones, esto depende no solo de la oferta por parte de las instituciones de salud, sino de las decisiones que tomen los usuarios y estas dependerán de su estado de salud, de su percepción ante el estudio y de las consecuencias que de ellas deriven. Ahora bien, mientras para las mujeres la visita al ginecólogo es tan natural como obligada, para muchos hombres la visita al urólogo se da sólo cuando la molestia o enfermedad está muy avanzada y ha ocasionado complicaciones que afectan en diferentes grados su vida diaria.

Existen muchas creencias, actitudes, y conocimientos entorno a la próstata, su revisión y los problemas relacionados con ella; y todos ellos como consecuencia de descubrimientos tardíos de afecciones prostáticas, que tal vez tratados tempranamente podrían haberse controlado. Es precisamente esa conducta la que explica el que aun cuando un individuo presenta síntomas los ignore y por supuesto postergue su visita al médico.

Una de las causas más importantes por la que no permiten la exploración rectal, es que consideran que el médico no les proporciona información clara y oportuna sobre la realización de esta maniobra médica y el temor a tener gusto posterior a esta maniobra (tener o iniciar tendencias homosexuales).

Las creencias identificadas explican la baja intención de los varones a someterse a este examen ya que estos se basan en el saber popular, sin tomar prácticamente partido las orientaciones medicas, dada la poca información que reciben de su institución de salud.

Para algunos varones el desnudo es un generador de vergüenza, temor, incomodidad en el momento de visitar al médico y realizarse el tacto rectal, por lo que generalmente acuden a atención médica cuando está patología ya tiene síntomas de moderados a severos.

Así mismo, el conocimiento brinda un significado a las actitudes y creencias e implica datos concretos sobre los cuales se basa una persona para decidir lo que debe o puede hacer ante una situación determinada. Sin embargo, el conocimiento no garantiza una conducta adecuada.

Las barreras identificadas como miedo, vergüenza, humillación, violación, son complejas y determinan en gran medida la intensidad de las prácticas preventivas y saludables de esta patología. La renuncia a admitir debilidad, decadencia o sentir que se reduce su capacidad, producto de una enfermedad, puede llevar al varón a que no busque oportunamente atención para su salud, ya que esto según sus creencias puede afectar su masculinidad.



## 8.1 RECOMENDACIONES.

La mayoría de los hombres carecen de información adecuada de la enfermedad y del examen, lo cual plantea la necesidad de intervención en dos niveles;

- En el aspecto singular que será suministrando información relevante y suficiente, por fuentes y formas adecuadas que permitan elevar los niveles de conocimiento existentes y promuevan la toma de decisión autónoma, con respecto a las practicas preventivas de hiperplasia prostática benigna, para lo cual es necesario involucrar activamente al médico familiar, como líder de este proyecto; ya que él tiene el potencial y los conocimientos para influir en su población cautiva a través de la comunicación directa, clara y así como la empatía que logre establecer con su derechohabiente.
  
- En el plano general, se deben diseñar estrategias para modificar las creencias, actitudes y conocimientos sobre la hiperplasia prostática benigna que socialmente se han arraigado, a través del uso de :

1. Carteles informativos en las clínicas del ISSEMYM.
2. Platicas informativas en la sala de espera por parte del Médico Familiar y/o personal de enfermería.
3. Periódico mural.
  
4. Entrega de trípticos por parte de medicina preventiva.
5. Promocionar y fomentar la realización del estudio.
6. Realizar consejería individual a los varones que lo requieran.
7. Incluir al psicólogo para el manejo de los tabús, creencias y actitudes, sobre el tacto rectal y la virilidad.

## 8.2 LIMITACIONES.

Este estudio presenta limitaciones que deben tenerse en cuenta por los resultados aquí expuestos corresponden únicamente a hombres inscritos ala Hospital regional ISSEMYM Nezahualcóyotl y cautivos en el consultorio 2, cuyos resultados no pueden generalizarse a la población general que acude a dicho instituto.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vinaccia Stefano, Fernández H. Sierra Fanny, et al. Diseño de un cuestionario psicométrico para evaluar creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna. Suma psicológica Bogotá Colombia 2007. Vol.14. No.1. p.73-91
2. Tunidor B., Ángel Manuel, Hiperplasia prostática benigna. Revista cubana de urología 2012, vol. 1.No. 1 p1-6 .
3. Oelke.M., Alvizatos G., Emberton M. et al Hiperplasia Prostática Benigna. Guías Urológicas Hiperplasia Prostática Benigna. Asociación Europea de urologia. 2005.p.92-100
4. Soria F. Guillermo René, Jungfermann G. José René, Lomelín R. José Pedro, et al. Hiperplasia prostática benigna de gran volumen. Cirugía Cirujanos. 2012. Vol. 80, No. 6.p.543-545.
5. Nodal L. Ramón Lemay, Rodríguez A. Maricel, Tamayo T. Iser, et al. Individual responsibility in early detection of prostate gland cancer. Medisan. 2011 vol. 15. No. 7.p.958-963
6. Bushman W., Etiología, epidemiología e historia natural., Urol. Clin. North Am. 2009., vol.36., No.4, p 403-15.
7. Rodríguez L. Maya R., Baluja C. Ileana B., Bermúdez V. Senia. Patologías benignas de la próstata: prostatitis e hiperplasia benigna. Revista Biomed. 2007. Vol. 18. No. 1.p.47-59
8. Tratamiento de hiperplasia prostática benigna en el primer y segundo nivel de atención. Guías de Práctica clínica para el Primer y Segundo nivel de atención. Seguro Social Departamento de Farmacoepidemiología. Costa Rica 2005. p 1-26

9. Miguel R. M Carmen, Sagardoy M. Lorena, Sebastián M. Noelia, Tratamiento de la hiperplasia prostática. Benigna. Asociación Española de enfermería en urología. 2012., No.123. p32-39
10. González C. Silvia Inés, Salcedo José Luis, Martínez M. Miguel Ángel. Últimos avances en el diagnóstico de la hiperplasia benigna de próstata. Acta Bioquímica Clínica Latinoamérica 2005. Vol. 39. No. 2. P 171-85.
11. Naranjo Elsa, Reyes., "Hiperplasia Prostática Benigna" Revista Medica, Costa Rica, 2013. Vol.70, No. 606.pp 269-272.
12. Balparda A. Jon Kepa. Relación entre la dieta y el desarrollo de la hiperplasia prostática benigna. Iatreia. 2010 Vol. 23 No. 1. p 43-48.
13. González E. César, Rozo M. Luis Ernesto, Castro M. Juan Carlos, et al. Estudio de farmacovigilancia en pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna sintomática tratados con Tamsulosina 0.4mg en 8 ciudades de Colombia. Revista Urológica Colombiana. 2007. Vol. XVI. No. 1 p 107-117.
14. Plata M. Juliao, Kazzazi,A., Bostonci Y., Djavan. American Urological Association and European Association of Urology guidelines in the monagement of bening prostatic hipertrophy revised, Curren Opinion in Urology 2012 vol. 22. No.1. p34-39
15. Castañeiras F. J., Cozar O. J.M., Fernández. A. Martin J. A, Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para la atención primaria. Actas urológicas españolas 2010.vol.34, No.1. p 24-34.
16. Villegas A. Oscar, Villegas G. Juliana, Villegas G. Valentina. Examen perineoanorrectal y tacto rectal, archivos de medicina 2010. Vol. 10, No.1. p.63-71
17. Maradiaga M. Ramón Yefrin, Tacto rectal: ¿necesario o no? Revista facultad de ciencias Medicas enero 2007. p 57-62

18. Yacaubi, ¿Que hay de nuevo sobre el PSA? Acta bioquímica clínicas latinoamerica.2007.Vol 41. No.1 p 121-124
19. Manejo de la Hiperplasia Benigna de Próstata, Infac.2012. Vol. 20, No. 3. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.net/cevime>
20. Pérez G. Yohani, Molina C. Vivian, Oyarzabal Y. Ambar. Tratamiento farmacológico en hiperplasia prostática benigna, revista cubana de farmacia 2011. Vol. 45 No.1 p109-126.
21. Feria B. Castillejos M. Manejo de la Hiperplasia prostática benigna, Revista Mexicana de urología 2005. Vol.65, Núm. 1. p 55-59
22. Nolasco Alejandro, et al. Laser de diodo en la hiperplasia prostática benigna, Revista Mexicana de Urología 2010. Vol. 70. No. 6. P.360-363.
23. Ortiz M. Gustavo, Una definición muy general. Un comentario a la definición de creencia de Villoro. Signos Filosóficos, Vol. IX, No.18, Julio-Diciembre 2007, p181-189.
24. Méndez Adriana. El valor de las creencias. Facilitadora de proceso de cambio y comunicación humana 2010.p-121-13 Disponible en [www.adrianamendezonline.com](http://www.adrianamendezonline.com) Consultado 06-11-12.
25. ¿Que son las creencias? Las creencias y nuestra identidad. Disponible en <http://www.coachingexitopersonal.com> Consultado 06-11-12.
26. Las creencias. ¿Qué son las creencias? Disponible en <http://www.galeon.com/gemart/creencias.htm>. Consultado 06-11-12
27. Ferreira Miguel A. Cambio de actitudes sociales para un cambio de vida. Cuenca 2009.p1-7.Disponible en [www.um.es/discatif/documentos/Actitudes\\_Cuenca09.pdf](http://www.um.es/discatif/documentos/Actitudes_Cuenca09.pdf). Consultado el 14-11-12

28. Prieto B. Miguel Ángel. "Actitudes y valores" Revista Digital Educativa 2011. No.41.  
Disponible en  
[www.csi-csif.es/.../mod.../MIGUEL\\_ANGEL\\_PRIETO\\_BASCON\\_01.pdf](http://www.csi-csif.es/.../mod.../MIGUEL_ANGEL_PRIETO_BASCON_01.pdf).  
Consultado 14-11-12
29. Las actitudes. Revista EDU – FISICA. Grupo de Investigación Edufisica.  
Disponible en <http://www.edu-fisica-com/> Consultado 26-11-12
30. Von S. Cecilia. El papel de la educación en la formación de actitudes. Disponible  
en [www.serpaj.org.uy/.../educacion/.../educacion\\_formacion\\_actitudes.pdf](http://www.serpaj.org.uy/.../educacion/.../educacion_formacion_actitudes.pdf)  
Consultado el 26-11-12
31. El conocimiento.p1-6 Disponible en  
[html.rincondelvago.com/el-conocimineto\\_1.html](http://html.rincondelvago.com/el-conocimineto_1.html) consultado el 26-11-12
32. Diferentes tipos de conocimiento. Disponible en  
<http://www.monografias.com/trabajos12/marcono/marcono.shtml> consultado 26-11-  
12
33. Siemens George. Conociendo el Conocimiento, ed. Nodos Ele, 2010 p 1-160
34. el conocimiento: Niveles y tipos de conocimiento. La filosofía en el bachillerato.  
Disponible en: [http://www.webdianoia.com/modernalacke-fil\\_conoc:htm](http://www.webdianoia.com/modernalacke-fil_conoc:htm) consultado  
26-11-12
35. Huerta G. José Luis. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud enfermedad.  
Primera edición .Editorial Alfíl 2005.p
36. La familia: concepto, tipos y evolución. Enciclopedia británica en español.  
2009.p.1-6
37. Orientación Familiar: Tema 1. Familia y sociedad. p1-6 Disponible en  
[eduso.files.wordpress.com/2008/06/tema1.pdf](http://eduso.files.wordpress.com/2008/06/tema1.pdf) Consultado el 26-11-12

38. .Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos de medicina familiar. Vol. 7 suplemento 1. 2005 p15-19. Asociación latinoamericana de profesores de Medicina Familiar A. C. Organismo Internacional.
39. Valdivia S. Carmen. La familia: conceptos, cambios y nuevos modelos. La Revue du REDIF. 2008 vol.1 p 15-22.
40. Medellín Martha, Rivera H. María Elena, López P. Judith, et al. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia Michoacán. Salud Mental. 2012.Vol 35. No.2. p147-154
41. Diego Iván, Alonso C. Gustavo. Creencias sobre el examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata: hallazgos cualitativos en un estudio en Cali. Colombia Medica.2003. Vol. 34. No. 3 p111-118.
42. Arbelaez Juan D, Montealegre Nora A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2012; 30(3):300-309.
43. Doyal L. Sex, gender and health:the need for a new approach, BMJ2001;323:1061-1063.

10. ANEXOS.

ANEXO 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION DE TITULACION.

LUGAR Y FECHA. \_\_\_\_\_

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado Conocimientos, creencias y actitudes asociadas a la hiperplasia prostática benigna en los derechohabientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

Declaro que se me ha informado que mi participación consistirá en responder a las preguntas que el investigador realizara, se ha informado sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. El investigador se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier duda que surja durante mi participación.

Tendré el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el ISSEMYM (Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios).

El investigador me ha dado seguridad de que no se me identificara en la publicación que derive este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA

TESTIGO

## ANEXO 2. CONSIDERACIONES ETICAS.

### DECLARACIÓN DE HELSINKI

### RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.

#### INTRODUCCION.

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.
2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente" y el Código Internacional de Ética Médica afirma que. "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".
4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.



6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.
7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.
8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.
9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

#### **B. PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA**

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.
12. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
13. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y cuando sea oportuno, aprobación, aun comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobrentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental, el comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.
14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.
15. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público
17. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.
18. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.
19. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.
22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del

investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

23. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.
24. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.
25. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentamiento o participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.
26. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe

establecer que el consentimiento para mantener en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

27. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

### ANEXO 3.

Encuesta de Conocimientos, creencias y actitudes asociados a la hiperplasia prostática en los derechohabientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcóyotl.

- |                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 1. Edad.        | 2. Ocupación.    |
| 3. Escolaridad. | 3. Estado civil. |

Lea con cuidado cada tema y marque solo una puntuación que corresponda a la intensidad acorde a sus conocimientos, creencias y actitudes. Por favor no deje de contestar ningún tema. De ante mano gracias.

1. Pienso que el examen del tacto rectal despierta las tendencias homosexuales.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

2. Si me enfermo de la próstata hay deterioro en mi función sexual.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

3. Si voy a consultar por problemas de próstata pierdo masculinidad.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

4. Pienso que no me enfermaré de la próstata.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

5. No me hago el examen del tacto rectal por falta de información clara por parte del médico.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

6. Creo que el tacto rectal es como una violación.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

7. Creo que si tengo problemas de próstata no puedo tener relaciones sexuales.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

8. Prefiero que el examen del tacto rectal me lo haga una mujer.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo

9. No me hago el examen del tacto rectal porque creo que no me conviene.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

10. Mi respuesta sexual no depende del estado de salud de mi próstata.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

11. Me hago el examen del tacto rectal sólo cuando me lo recomienda el médico.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo



12. No me hago el examen del tacto rectal por iniciativa propia.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

13. Creo que si tengo dificultades al orinar necesito revisión médica de mi próstata.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

14. La próstata regula mi capacidad eréctil.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

15. Si me realizo una cirugía de próstata pierdo la potencia sexual.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

16. Si tengo problemas de próstata me siento disminuido.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

17. Creo que algunos alimentos evitan el crecimiento de la próstata.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

18. Aun soy virgen porque no me han hecho el examen del tacto rectal.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

19. Ser prostático para mí significa dejar de funcionar sexualmente.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

20. Me da pena decir que tengo problemas de próstata.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo

21. El examen del tacto rectal es molesto, pero no es nada del otro mundo.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

22. Creo que hay una relación directa entre próstata y sexualidad.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

23. No me gusta hablar acerca del examen del tacto rectal con nadie.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

24. Creo que si tuviera problemas de próstata me volvería de mal genio.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

25. Me da miedo o fastidio el examen del tacto rectal porque me introducen el dedo por el ano.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

26. Mis relaciones sexuales se limitan a la penetración genital.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

27. Pienso que si me hago el examen del tacto rectal dejo de ser hombre.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

28. No estoy acostumbrado a desnudarme para que me hagan un tacto rectal.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo

29. La cirugía de próstata afecta mi respuesta sexual.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo

30. La cirugía de próstata afecta mi autoestima.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

31. Me da pena que sea otro hombre el que me haga el examen del tacto rectal.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

32. Creo que si tengo problemas de próstata me puede producir dolor en el momento de tener una erección.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo

33. Creo que si sufro de la próstata tendré dificultades psicológicas.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

34. Disminuirá mi respuesta sexual si me doy cuenta que tengo problemas de próstata..

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

35. Pienso que si tengo problemas de próstata me volveré caprichoso.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

36. No consulto al médico por problemas de próstata por temor a descubrir que tengo cáncer.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

37. Si tengo mucha actividad sexual puedo sufrir de problemas de próstata.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

38. No voy al médico a consultar sobre mi próstata por miedo a que me diga que tengo una enfermedad.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

39. Pienso que por ser hombre no me enfermo.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo

40. La próstata tiene que ver con mi erección.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

41. No me atrevo a reconocer que tengo problemas de próstata.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo

42. Creo que si tengo problemas de la próstata se me dificultará tener relaciones sexuales.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

43. A mí no me da nada, soy un superhombre.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.



44. Creo que cuando hay problemas de próstata hay manifestación de dolor.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

45. La próstata influye en mi capacidad eréctil.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

46. Después del examen del tacto rectal no me siento violado.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

47. Después de un examen de tacto rectal no siento deseos sexuales.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

48. Me da temor que las mujeres se den cuenta que tengo problemas de próstata y ya no me miren.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

49. Considero que el examen del tacto rectal es para homosexuales.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

50. Considero que el examen del tacto rectal es para hombres mayores de 60 años.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

51. Me haría el examen del tacto rectal sólo en casos extremos.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

52. Creo que si tuviera un problema de próstata perdería el interés sexual.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

53. No me haría el examen del tacto rectal sólo por gusto.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo

54. Considero que el médico que realiza el examen del tacto rectal tiene aberraciones sexuales.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

55. Sólo me haré el examen del tacto rectal cuando tenga problemas para orinar.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

56. Si estoy enfermo de la próstata me siento humillado.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

57. Si no tengo un chorro continuo al orinar es porque tengo problemas de próstata.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

58. Después de un examen de tacto rectal no siento deseos sexuales.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

59. No me realizo el examen del tacto rectal porque no tengo ningún síntoma.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

60. Pienso que hay otros exámenes para examinar la próstata mejores que el del tacto rectal.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

61. Creo que la ropa interior que uso tiene que ver mucho con el problema de próstata.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

62. Pienso que si monto mucho en motocicleta me generará problemas de próstata.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

63. No me haría el examen del tacto rectal más de una vez.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

64. Sabré que tengo problemas de próstata en el momento en que me enferme.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

65. No me gusta hablar acerca de la próstata.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

66. Si llevo una vida sana evito los problemas de próstata.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

67. Pienso que el tema de los problemas de próstata es un tabú.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

68. Pienso que si tengo mucha actividad sexual se puede afectar mi próstata.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

69. Me da más pena hacerme el examen del tacto rectal con una mujer que con un hombre.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

70. Creo que la próstata hace parte de los órganos genitales.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

71. Creo que la información acerca de la próstata debe ir por parejo a ambos sexos.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

72. Creo que la próstata es una glándula que produce semen.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

73. Pienso que la próstata es una glándula que produce hormonas.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

74. Creo que cuando hay problemas de próstata no hay síntomas.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

75. Cuando hay problemas de próstata hay dificultad para orinar.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.



76. Pienso que el problema de la próstata es algo genético.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

77. Creo que cuando hay problemas de próstata hay manifestación de dolor.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

78. Pienso que la próstata es una glándula que se encuentra debajo del recto.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

79. Pienso que si tengo problemas de próstata se afecta mi función sexual.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

80. Nunca he pensado hacerme el examen del tacto rectal.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

81. Pienso que la próstata es una glándula que hace parte del sistema urinario.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo

82. Pienso que el examen del tacto rectal lo puede hacer cualquier médico.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

83. Si siento que orino seguido es porque hay problemas de próstata.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

84. Creo que tengo problemas de próstata cuando orino a gotas.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.

85. Ser prostático para mí significa perder potencia sexual.

- 1 Totalmente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Indeciso o dudoso.
- 4 De acuerdo.
- 5 Totalmente de acuerdo.