



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"Actitud en la Detección Oportuna del Cáncer de Próstata en la población masculina mayor de 40 años derechohabiente del IMSS en la UMF No. 10 de Ciudad Miguel Alemán, Chihuahua."

TESIS

PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DAFNE ALFARO VALDEZ

ASESORES:

M.C.S.P. ISIS CLAUDIA SOLORIO PAEZ.

Matricula: 99084681

DRA. MA. DOLORES MELÉNDEZ VELÁZQUEZ

Matricula: 11555408

Ciudad Juárez, Chihuahua, México



Diciembre 2018

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



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **802** con número de registro **17 CI 08 037 035** ante COFEPRIS
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA **28/11/2017**

DRA. DAFNE ALFARO VALDEZ

P R E S E N T E

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

Actitud en la detección oportuna del cáncer de próstata en la población masculina mayor de 40 años derechohabiente del IMSS en la UMF No. 10 de Cd. Miguel Ahumada, Chihuahua.

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

Núm. de Registro
R-2017-802-33

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRES JUAREZ AHUMADA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

“Actitud en la Detección Oportuna del Cáncer de Próstata en la población masculina mayor de 40 años derechohabiente del IMSS en la UMF No. 10 de Ciudad Miguel Alemán, Chihuahua.”

Dr. Martha Alejandra Maldonado Burgos.

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional
Delegación Chihuahua



Vo.Bo.

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos.

Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Delegación Chihuahua



Vo.Bo.

Dra. Cindy Gabriela Llerena García.

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar Para Médicos Generales De Base



Vo.Bo



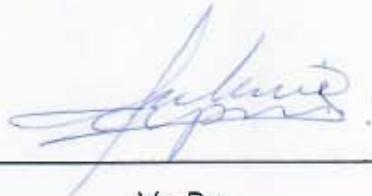
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

“Actitud en la Detección Oportuna del Cáncer de Próstata en la población masculina mayor de 40 años derechohabiente del IMSS en la UMF No. 10 de Ciudad Miguel Ahumada, Chihuahua.”

ASESORES

Dra. Isis Claudia Solorio Páez.

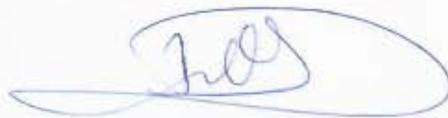
MCSP Epidemiólogo operativa UMF No. 48



Vo.Bo.

Dra. Ma. Dolores Meléndez Velázquez.

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No. 65



Vo.Bo.



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

“Actitud en la Detección Oportuna del Cáncer de Próstata en la población masculina mayor de 40 años derechohabiente del IMSS en la UMF No. 10 de Ciudad Miguel Ahumada, Chihuahua.”

Dr. Juan José Mazón Ramírez.

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



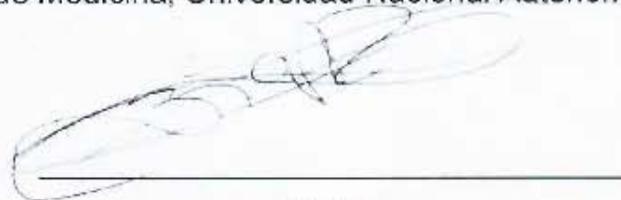
Vo.Bo.

Dr. Geovani López Ortiz.

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



Vo.Bo.

Dr. Isaías Hernández Torres.

Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.



Vo.Bo.



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

DEDICATORIA

A Dios: Le dedico esta tesis porque es el Ser Supremo que ha guiado siempre mi vida, concediéndome los logros que he tenido hasta hoy, en todos los aspectos. Le agradezco por permitirme concluir mi Curso de Especialización en Medicina Familiar y por llenarme de bendiciones y rodearme de todo el amor y apoyo que mi familia me brinda. Gracias hoy y siempre DIOS por acompañarme a cada paso y no me apartes nunca de tu lado, sigue llevándome siempre de tu mano a cumplir tu voluntad y tu propósito para mi aquí en la Tierra como el de servir al prójimo.

A mi madre Lucy: Por TODO tu apoyo incondicional en todo momento de dificultad, alegría, atención a mi persona y por así demostrarme tu amor inigualable de Madre; gracias por ser mi consejera, amiga, mi ejemplo de persona y excelente doctora, mi guía y cómplice en perseverar hasta lograr el objetivo de ver culminado un sueño compartido.

A mi padre Jaime: Por estar ahí siempre apoyándome con palabras de ánimo y aliento, por tu paciencia y amor incondicional; por creer en mí y guiarme a recibir la más grande herencia que un padre puede dejar como legado a un hijo la de la educación y alegrarse con el cumplimiento de mis metas de un posgrado. Recordaré siempre tus palabras “Soy lo que soy por la gracia de Dios y no yo sino la gracia de Dios que mora en mí”.

A mi familia: Jimmy, Dany, Eduardo y Esteban, gracias por su apoyo incondicional y en oración para que este proyecto se llevara a cabo con satisfacción y alegría. Son parte importante de mi vida y su amor contribuyó para motivarme a seguir siempre adelante.

A mis maestras: Dra. Cindy Llerena García, Dra. Isis Claudia Solorio Páez y Dra. Ma. Dolores Meléndez Velázquez, agradeciéndoles de manera muy especial por la disposición de brindarme todo su apoyo, conocimiento, dedicación y paciencia en todo momento para que terminara de manera satisfactoria esta especialidad. Gracias por su amistad incondicional y por siempre pensar en mi beneficio académico, sin duda hicieron más fácil el camino recorrido; siempre las llevaré en mi corazón y les estaré eternamente agradecida.

A mis amigos: “Los Compañeros”, “Los Zuper amigos” y los “Rotación” nombrarlos serían muchos, dense por aludidos; gracias por todo su apoyo a lo largo del curso de especialización, por trabajar junto conmigo hombro con hombro y hacer sin duda el camino más ligero. Mi amistad siempre para ustedes.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social: Agradezco la oportunidad de poderme capacitar para reforzar mi conocimiento y así seguir atendiendo a los pacientes derechohabientes con calidad y calidez, y que día a día confían en mis conocimientos para poder resolver sus problemas médicos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México: Gracias por aceptarme como uno de sus alumnos para realizar el Plan Único de Especialidades Médicas bajo su tutela y obtener así el título de especialista en Medicina Familiar.

ÍNDICE	Págs.
I. Resumen	8-9
II. Marco Teórico	10-30
2.1 Definición de cáncer	11
2.2. Situación epidemiológica del cáncer de próstata.	11
2.2.1. A nivel mundial.	11-12
2.2.2. En Estados Unidos y Latinoamérica.	12-13
2.2.3 En México	13-16
2.3. Definición de cáncer de próstata.	16-17
2.4. Promoción y prevención del cáncer de próstata.	17
2.5. Factores de riesgo asociados.	17-20
2.6. Abordaje diagnóstico.	20-24
2.7. Clasificación del cáncer de próstata.	25
2.7.1. Por histopatología (grado).	25
2.7.2 Clasificación TNM (Tumor, Nódulo, Metástasis).	25-27
2.8. Modelo de creencias.	27-30
III. Justificación	31
IV. Planteamiento del problema	32
V. Objetivos	33
5.1. Objetivo general	33
5.2. Objetivos específicos	33
VI. Hipótesis	34
VII. Metodología	35
VIII. Criterios selección.	36
8.1. Criterios de inclusión	36
8.2. Criterios de exclusión	36
8.3. Criterios de eliminación	36
IX. Operacionalización variables	37-45
X. Tamaño mínimo de la muestra	46
XI. Análisis estadístico	47-48
XII. Consideraciones éticas	49-51
XIII. Metodología operacional	52-53
XIV. Resultados	54-60
XV. Discusión	61-62
XVI. Conclusiones	63-65
XVII. Referencias bibliográficas	66-69
XVIII. Tablas, gráficos y anexos	
Anexo 1. Modelo de creencias de salud de Becker y Maiman.	70
Anexo 2. Carta de consentimiento informado	71
Anexo 3. Encuesta	72-77

I. RESUMEN

“ACTITUD EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA POBLACIÓN MASCULINA MAYOR DE 40 AÑOS DERECHOHABIENTE DEL IMSS EN LA UMF No. 10 DE CIUDAD MIGUEL AHUMADA, CHIHUAHUA.”

ESTUDIANTE: DRA. DAFNE ALFARO VALDEZ
ASESORES: M.C.S.P. ISIS CLAUDIA SOLORIO PAEZ, DRA. MA. DOLORES MELÉNDEZ VELÁZQUEZ.

RESUMEN: El cáncer de próstata es uno de los problemas de salud pública que afecta a la población masculina adulta, siendo la neoplasia maligna más frecuente en México en el hombre mayor de 40 años, ocupando la 2da causa de muerte amenazando a todos los grupos socioeconómicos por lo que determinar el grado de actitud hacia el cáncer de próstata tiene una relevancia. Como medida preventiva para este fin se utilizará el modelo de creencias que conduce a la teoría de la conducta planificada donde se miden la actitud que evalúa el comportamiento y las percepciones sobre las consecuencias de la conducta.

OBJETIVO: Determinar la actitud en la detección oportuna de cáncer de próstata en la población masculina mayor de 40 años en el periodo de marzo 2017 a agosto 2018 en la UMF No. 10 del IMSS en Ciudad Miguel Ahumada, Chihuahua.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo en UMF No. 10 desde marzo 2017 a noviembre 2018; los sujetos fueron entrevistados con una encuesta autoaplicada para este fin, se estimó los conocimientos de cáncer de próstata, se obtuvieron medidas y estimaciones de prevalencias en edad, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel de ingresos, religión y se corroboró el grado de actitud como alta y baja. Se realizó un análisis estadístico univariado y bivariado con frecuencias y porcentajes; se realizó la correlación de variables dependientes e independientes con un intervalo de confianza de 95% y un valor de p^* de <0.05 . RESULTADOS: Se estudiaron 60 hombres mayores de 40 años, en el grupo de 60-70 años y más tuvieron un (67%) una actitud alta (IC 95% .296-2.804; RMP 0.911 y un valor de p^* 0.844); los que contaron sin pareja tuvieron un (70%) de actitud alta (IC 95% .351-3.594; RMP 1.123 y un valor de p^* 0.844); tener hijos presentó una actitud alta en un (70.4%) con (IC 95% .077-2.313; RMP 0.421 y un valor de p^* 0.309); el nivel de escolaridad bajo en (34%) tuvo una actitud baja vs. un nivel de escolaridad alto (80%) tuvo una actitud alta con un (IC 95% .393-10.79; RMP 2.061 y un valor de p^* 0.385); los que tuvieron trabajo presentaron una actitud alta en un (68.6%) con un (IC 95% .323-2.933; RMP 0.974 y un valor de p^* 0.963); los que tuvieron salario menor al mínimo presentaron actitud baja en un (26.1%) vs. los que tuvieron salario mayor al mínimo tuvieron una actitud alta en un (64.9%) con un (IC 95% .206-2.057; RMP 0.652 y un valor de p^* 0.464); el contar con antecedente heredofamiliar de cáncer de próstata tuvieron un (89.5%) en actitud alta (IC 95% .034-.816; RMP 0.166 y un valor de p^* 0.017); el profesar una religión presenta actitud alta en un (68%) con un (IC 95% .138-14.62;

RMP 1.421 y un valor de $p^* 0.767$). CONCLUSIONES: Los niveles de actitud en la detección de cáncer de próstata en la población de Miguel Ahumada, Chihuahua son altos en un (68%) por lo que las nuevas tecnologías de acceso a la información son herramientas de promoción a la salud básica en esta era.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de próstata, Actitud.

II. MARCO TEORICO.

2.1. DEFINICIÓN DE CÁNCER.

“Cáncer” es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer. El cáncer comienza en una célula. La transformación de una célula normal en tumoral es un proceso multifásico y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, a saber: carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioleta e ionizantes; carcinógenos químicos, como los asbestos, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) o el arsénico (contaminante del agua de bebida); y carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos. El envejecimiento es otro factor fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia de esta enfermedad aumenta muchísimo con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la tendencia que tienen los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad. El consumo de tabaco y alcohol, la

dieta malsana y la inactividad física son los principales factores de riesgo de cáncer en todo el mundo. Las infecciones crónicas por VHB (virus hepatitis B), VHC (virus de la hepatitis C) y algunos tipos de PVH (papiloma virus humano) son factores de riesgo destacados en los países de ingresos bajos y medianos. ¹

2.2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA.

2.2.1. A Nivel Mundial.

El cáncer de próstata es la segunda causa de muerte en hombres después del cáncer de pulmón. En el año 2008 se presentaron en el mundo 899,102 casos y una tasa de incidencia ajustada por edad de 27.9/100,000 hombres. Tres cuartas partes de los casos registrados por cáncer de próstata ocurren en países desarrollados (644, 000 casos). ²

El cáncer de próstata es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos. Ocupa el cuarto lugar de todas las enfermedades cancerígenas y es el segundo más común entre hombres. El 70% de los casos de cáncer de próstata se presentan en hombres de países desarrollados. En el 2014 se diagnosticaron alrededor de 233,000 nuevos casos, de los cuales 29,480 serán mortales. Aproximadamente 1 de cada 7 hombres será diagnosticado con cáncer de próstata en el transcurso de su vida. Se estima que 6 de cada 10 casos, se diagnostican en hombres de 65 años o más. En pocas ocasiones se presenta antes de los 40 años. La edad promedio en la que se diagnóstica, es de 67 años. ³

La Globocan proporciona las estimaciones actuales de la mortalidad y la prevalencia de los principales tipos de cáncer a nivel nacional, para 184 países del

mundo. Señala que las tasas de incidencia más altas se presentan en Austria y América del Norte (111.6 y 97.2 casos por cada 100,000 hombres, respectivamente). Mientras que las tasas más bajas se presentan en los países asiáticos (4.5 a 10.5 casos por 100,000 hombres) En África del Sur y el Caribe, las tasas de mortalidad son más altas en poblaciones Afro-descendientes (19 a 24 muertes por cada 100,000 hombres).⁴

2.2.2. En Estados Unidos y Latinoamérica.

El cáncer de próstata es el cáncer más frecuente entre los hombres, salvo por el cáncer de piel. Este año 2017, se diagnosticará cáncer de próstata a aproximadamente 180,890 hombres en los Estados Unidos. Por razones desconocidas, el riesgo de cáncer de próstata es un 70% mayor en los hombres de raza negra que en los hombres de raza blanca. La mayoría de los casos de cáncer de próstata (92%) se detectan cuando la enfermedad está limitada a la próstata y a los órganos adyacentes. Esto se denomina estadio local o regional. La tasa de supervivencia a 5 años indica el porcentaje de personas que sobrevive al menos 5 años una vez detectado el cáncer. La tasa de supervivencia a 5 años de la mayoría de los hombres que desarrollan cáncer de próstata es del 99%. El noventa y ocho por ciento (98%) está vivo después de 10 años, y el 95 % vive, al menos, 15 años. Para los hombres con diagnóstico de cáncer de próstata que se ha diseminado a otras partes del cuerpo, la tasa de supervivencia de 5 años se reduce a un 28%. El cáncer de próstata es la segunda causa principal de muerte por cáncer en hombres en los Estados Unidos. Se estima que este año 2017 se producirán 26,120 muertes a causa de esta enfermedad. Si bien la cantidad de muertes por cáncer de próstata

continúa disminuyendo entre todos los hombres, la tasa de mortalidad sigue siendo de más del doble en los hombres de raza negra que en los de cualquier otro grupo. La supervivencia de un hombre en particular depende del tipo de cáncer de próstata y del estadio de la enfermedad. ⁵

En Colombia, de acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología, el cáncer de próstata aumentó de 15.9% en 2003 a 19.5% en 2011, siendo los más afectados los hombres mayores de 60 años. La mortalidad en Colombia para este tipo de cáncer varió entre 8.9% y 10.9% por cada 100,000 habitantes entre 1997 y 2012; en Bogotá, D.C., entre 2008 y 2012, la tasa de mortalidad se ubicó entre 9.7% y 11.1% respectivamente. ⁶

2.2.3 En México.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 entrevistó a 46,303 adultos de 20 años o más, con un promedio de 42 años, que representa al total de 69,889,616 de individuos en el país (61.9% del total de los estimados para la población del país en 2012), de los que 47.3% fueron hombres y 52.7% mujeres. Por sexo, la edad promedio fue 41.8 años para los hombres y 42.1 para las mujeres. El porcentaje de hombres adultos de 60 años o más que se realizó la prueba de detección de cáncer de próstata por medio de antígeno prostático se ha mantenido constante entre 2006 y 2012, al ser 10.4% en 2006 y 9.5% en 2012. Además, 2.5% de los hombres de 20 años o más acudió en los 12 meses previos a la encuesta a la prueba de tacto rectal.⁷

En el Periodo 2000-2010 las tasas crudas de mortalidad por cáncer de próstata de 100,000 hombres se incrementaron de 7.8 a 9.8. Los estados y regiones socioeconómicas que presentaron las mayores tasas de mortalidad fueron Sinaloa (años 2000, 2004, 2005), Sonora (2001), Baja California Sur (2002, 2003, 2010), Nayarit (2006, 2007, 2009), Colima (2008) y las regiones Aguascalientes, Coahuila, Jalisco, Nuevo León (2000-2001, 2003-2009) y Durango, Guanajuato, Michoacán Tlaxcala y Zacatecas (2002, 2010).²

El cáncer de próstata es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos con un 16% de incidencia en México. Los datos más recientes publicados por el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) indican una tasa de mortalidad de 13 defunciones por cada 100,000 hombres.⁸

En el IMSS durante el año 2013, se observó una tasa de mortalidad de 6 defunciones por cada 100,000 hombres de 20 años y más. Como parte del programa PREVENIMSS se pretende reducir el riesgo de padecer cáncer de próstata, con acciones que van desde el control de peso corporal, recomendaciones para hacer ejercicio, hasta una alimentación correcta. En la Guía para el cuidado de la salud del PREVENIMSS en los hombres de 20 a 59 años y los adultos mayores de 59 años se educa al paciente que el crecimiento de próstata puede ser detectado a través de un simple cuestionario de 6 preguntas sobre los siguientes síntomas: necesidad urgente de orinar, dificultad al empezar a orinar, aumento del número de veces que orina al día, necesidad de orinar por la noche, disminución del calibre y de la fuerza del chorro de la orina y terminar de orinar por goteo.³

Las estadísticas del cáncer describen lo que ocurre en grandes grupos de personas y ofrecen una imagen a través del tiempo de la carga que representa el cáncer en la sociedad. Las estadísticas nos dicen cosas como cuántas personas reciben un diagnóstico de cáncer y mueren por la enfermedad cada año, el número de personas que actualmente están viviendo después de un diagnóstico de cáncer, la edad promedio al momento del diagnóstico y la cantidad de personas que todavía están vivas en un momento dado después del diagnóstico. También nos dicen sobre diferencias entre grupos de personas definidas por edad, sexo, grupo racial y étnico, ubicación geográfica y otras categorías. Aunque las tendencias estadísticas generalmente no corresponden directamente a pacientes individuales, son esenciales para que gobiernos, personas encargadas de formular políticas, profesionales de salud e investigadores entiendan las repercusiones que tiene el cáncer en la población y diseñen estrategias para abordar los desafíos que representa el cáncer para la sociedad en su conjunto. Las tendencias estadísticas también son importantes para medir el éxito de los esfuerzos para controlar y atender el cáncer. ⁹

A nivel mundial, 63% de las muertes anuales son causadas por enfermedades no transmisibles que generalmente son crónicas, es decir, son de larga duración y progresan lentamente los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son: las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes y el cáncer, que juntas causan aproximadamente 38 millones de defunciones al año de las cuales, 75% se concentran en países de bajos y medianos

ingresos. El cáncer provoca cerca de ocho millones de muertes al año, lo que la convierte en la principal causa de muerte a nivel mundial.

Cabe destacar que el cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa de mayor incidencia entre los adultos, en comparación con los niños y jóvenes, y es un padecimiento que no hace distinción de razas, nivel socioeconómico o sexo, aunque se observa una diferencia en los tipos de cáncer que afectan a hombres y mujeres. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica que a nivel mundial en 2015, los tumores malignos de pulmón, próstata, colorrectal, estómago e hígado son los más comunes entre los varones, mientras que en las mujeres son los de mama, colorrectal, pulmón, cuello del útero y estómago. ¹⁰

En 2015 se atribuyeron a esta enfermedad 8,8 millones de defunciones siendo los principales tipos de cáncer los siguientes: pulmonar (1,69 millones de defunciones); hepático (788 000 defunciones); gástrico (754 000 defunciones); colorrectal (694 000 defunciones); mamario (571 000 defunciones); cáncer de esófago (400 000 defunciones). ¹¹

2.3. DEFINICIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA

El cáncer de próstata, es el crecimiento anormal de las células de la glándula prostática que además tienen la capacidad de invadir otros órganos. Es un tumor que nace del epitelio acinar y/o ductal de la próstata que puede variar considerablemente en su diferenciación glandular, anaplasia y comportamiento. ¹²

En el cáncer de próstata es el tejido que se caracteriza por pérdida en el control de crecimiento, desarrollo y multiplicación celular con capacidad de producir metástasis que se desarrollan en la próstata. ¹³

2.4. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA.

El personal de salud de los establecimientos para la atención médica del sistema nacional de salud, en el primer nivel de atención, debe fomentar las acciones de detección de crecimiento prostático benigno, el tamizaje oportunista y el diagnóstico temprano de cáncer de próstata en la población masculina de 45 años y más, con el propósito fundamental de realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno. Las acciones de prevención secundaria deben incluir el fomentar la revisión clínica periódica, para garantizar el diagnóstico temprano en los casos que aún no presentan sintomatología, especialmente en el caso de cáncer de próstata. Los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud, a través de las áreas de capacitación correspondiente, deben impulsar acciones de capacitación para el personal de salud del primer nivel de atención, sobre la detección integral, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado del crecimiento prostático benigno y del cáncer de próstata. ¹³

2.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Los factores que determinan el riesgo de desarrollar esta enfermedad en forma clínica no son bien conocidos, sin embargo se han identificado algunos, de los cuales son los siguientes:

- ✓ Factor Hereditario: Parece ser el más importante; si un familiar de primera línea tiene la enfermedad, el riesgo se incrementa al doble. Si dos o más familiares de primera línea son afectados el riesgo se incrementa de 5 a 11 veces.¹² Cerca de 15% de quienes reciben un diagnóstico de cáncer de próstata tienen un pariente de primer grado (es decir, hermano, padre) con este cáncer, en comparación con aproximadamente 8% de la población estadounidense. Alrededor de 9% de todos los cánceres de próstata pueden ser el resultado de una susceptibilidad genética hereditaria. Varios autores han completado análisis de segregación y aunque se ha señalado un solo gen autosómico muy poco común como el causante de cáncer en algunas de estas familias, la carga de la prueba indica que la herencia es notablemente más compleja.
- ✓ Edad: .La incidencia del cáncer de próstata aumenta vertiginosamente con la edad. Aunque es una enfermedad muy inusual en los hombres menores de 50 años, las tasas aumentan de forma exponencial de ahí en adelante.
- ✓ Hormonas: En estudios ecológicos, se observó una correlación entre las concentraciones séricas de testosterona, principalmente dihidrotestosterona y el riesgo general de cáncer de próstata entre los hombres afroamericanos, blancos y japoneses.
- ✓ Raza: .El riesgo de presentar cáncer de próstata y morir por esta causa es significativamente mayor entre los hombres negros, entre los

hombres blancos, este riesgo es intermedio y los japoneses nativos tienen el riesgo más bajo.

- ✓ Alimentación: Una ingesta elevada de grasas polinsaturadas está relacionada con el riesgo de cáncer de grado alto. La ingesta alta de productos lácteos y calcio podría relacionarse con un aumento de riesgo de cáncer de próstata, aunque el aumento podría ser pequeño.⁹ Una dieta rica en grasas animales puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de próstata; además se ha demostrado que la ingesta de jitomate al igual que la de vitamina E, selenio, e isoflavonoides se correlaciona con disminución del riesgo de cáncer de próstata.¹²
- ✓ Uso de multivitamínicos: En un estudio numeroso con 295,344 hombres, hubo un aumento estadísticamente significativo del riesgo de cáncer de próstata avanzado y mortal entre los hombres con uso excesivo de multivitamínicos. Los folatos como complemento a dosis de 1 mg de ácido fólico se relacionó con un aumento del riesgo de cáncer de próstata. Sin embargo, las concentraciones alimentarias y plasmáticas entre los que no usaron multivitamínicos fueron inversamente proporcionales al riesgo. Estos hallazgos resaltan la función potencialmente compleja de los folatos en la carcinogenia prostática.
- ✓ Exposición al Cadmio.: La exposición al cadmio es de tipo ocupacional y se relaciona con las plantas de recuperación de níquel y cadmio a

partir de las baterías, también se relaciona con el consumo de cigarrillo.

- ✓ Exposición a la Dioxina: La dioxina (2, 3, 7, 8-tetraclorodibenzo-p-dioxina o TCDD) es un contaminante de un herbicida que se usó en Vietnam. Este químico es similar a muchos de los componentes de los herbicidas que se usan en la agricultura. El análisis de todos los datos disponibles indica que la relación entre la exposición a la dioxina y el cáncer de próstata no es concluyente.⁹

2.6. ABORDAJE DIAGNÓSTICO.

Los principales instrumentos diagnósticos para obtener indicios de cáncer de próstata son el tacto rectal (TR), la concentración sérica de antígeno prostático específico (APE) y la ecografía transrectal (ETR). El diagnóstico definitivo se basa en la presencia de adenocarcinoma en muestras de biopsia de próstata o piezas quirúrgicas. El examen histopatológico también permite la gradación y determinación de la extensión del tumor.

Tacto rectal (TR): La mayor parte de los cánceres de próstata se localizan en la zona periférica de la próstata y pueden detectarse mediante TR cuando el volumen es de unos 0.2 ml o mayor. Un TR sospechoso es una indicación absoluta de biopsia de próstata. En aproximadamente el 18% de todos los pacientes se detecta un cáncer de próstata a partir de un TR sospechoso aislado, con independencia de la concentración de APE.

Un TR sospechoso en pacientes con un valor de APE de hasta 2 ng/ ml tiene un valor predictivo positivo del 5%-30%.¹⁵

Antígeno prostático específico (APE): También llamado calicreína III, seminina, semenogelasa, el APE es una glicoproteína con un peso de 34Kd, integrado por 237 aminoácidos, cuyo gen está activado en el cromosoma 19 del ADN de las células epiteliales de ductos y acinos prostáticos; en condiciones normales es secretado hacia el lumen de estas estructuras. El APE total consta de dos fracciones: libre y compleja, susceptibles de ser cuantificadas en el suero de pacientes afectados por patologías tumorales de próstata, tanto benignas como malignas. Se considera que el nivel de APE es alto cuando se encuentra por encima de 4ng/dL, con una sensibilidad que oscila entre 67.5% y 80% y una especificidad de 60 a 80% para el cáncer de próstata.¹⁶

La determinación de la concentración de APE ha revolucionado el diagnóstico del cáncer de próstata. El APE es una serina proteasa afín a la calicreína que producen casi exclusivamente las células epiteliales de la próstata. A efectos prácticos, tiene especificidad de órgano, pero no de cáncer. Por tanto, las concentraciones séricas pueden aumentar en presencia de hipertrofia benigna de próstata (HBP), prostatitis y otras enfermedades no malignas. El valor de APE como variable independiente es un mejor factor predictivo de cáncer que los hallazgos sospechosos en el TR o la ETR.

Ecografía transrectal (ETR): No siempre se observa el cuadro clásico de un área hipoecoica en la zona periférica de la próstata. La ETR en escala de grises no detecta áreas de cáncer de próstata con una fiabilidad adecuada. Por consiguiente,

no resulta útil sustituir las biopsias sistemáticas por biopsias dirigidas de las áreas sospechosas. Sin embargo, las biopsias adicionales de las áreas sospechosas pueden ser útiles.

Biopsia de próstata: La necesidad de una biopsia de próstata ha de determinarse en función de la concentración de APE, un TR sospechoso o ambos.¹⁷

La combinación de tacto rectal y antígeno prostático específico en suero es la prueba de primera línea para evaluar el riesgo de que se presente un cáncer de próstata en un individuo. La tríada de tacto rectal-antígeno prostático específico-biopsia de próstata dirigida por ecografía se utiliza en la detección temprana del cáncer de próstata. No se recomienda la ecografía transrectal como prueba de detección de primera línea a causa de su bajo valor predictivo en el cáncer de próstata temprano y su alto costo económico; además, la mayoría de las lesiones hipoecoicas que se encuentran no es de cáncer y 50% de los cánceres no palpables de más de 1 cm de dimensión máxima no se visualiza con la ecografía. El tacto rectal es un examen que solo tiene buena reproducibilidad en manos de examinadores experimentados y solo identifica a 56% de los pacientes con cáncer de próstata; su valor predictivo positivo mejora con el uso del antígeno prostático específico. Por lo tanto, todo paciente con un tacto rectal sospechoso de cáncer o una elevación del antígeno prostático específico debe someterse a una biopsia de próstata. El papel principal de la ecografía transrectal es asegurar un muestreo amplio y preciso del tejido prostático en los hombres con mayor riesgo de albergar cáncer de próstata. El grado histológico es la información más importante obtenida con la biopsia el sistema de Gleason es la clasificación más utilizada para la

gradación histológica del cáncer de próstata; se basa en la descripción microscópica de bajo aumento de la arquitectura del cáncer. El patrón predominante se da con un grado entre 1 y 5, número que después se suma al grado asignado al segundo patrón en importancia, de ahí que una suma de Gleason puede oscilar de 2 a 10.

El antígeno prostático específico es un indicador en el escrutinio del cáncer de próstata que debe ser solicitado por el médico familiar o general a los varones mayores de 45 años. Ante resultados por arriba de los niveles normales es necesario el envío al urólogo, lo cual no anula el valor de la exploración física para el diagnóstico de este padecimiento. La periodicidad del estudio debe ser anual si el nivel del antígeno está dentro de los parámetros normales (de 0 a 4 ng/mL); los pacientes con antecedente familiar directo de cáncer de próstata deben ser estudiados a partir de los 40 años de edad. En el IMSS, el estudio se realiza sin necesidad de que el urólogo lo solicite, dado que el diagnóstico del cáncer en estadio temprano se relaciona directamente con el mejor pronóstico del paciente.⁽¹⁶⁾

Marcadores tumorales: El sistema citocromo p450 (CYP450) es una enorme y diversa superfamilia de proteínas, que en el hombre están asociadas a la membrana mitocondrial y del retículo endoplásmico, donde actúan metabolizando cientos de sustancias endógenas y exógenas. Mediante una combinación de investigación de cDNA y amplificación rápida del mismo, se determinó el análisis y secuenciación de una nueva isoforma del citocromo p450 humano, de la subfamilia 4F. La isoforma 4F se designa CYP4F11 y se expresa principalmente en el hígado humano, seguido por el riñón, corazón y músculo esquelético. Los CYP450 tienen un papel central en el metabolismo oxidante de xenobióticos, incluidos los

medicamentos contra el cáncer, los agentes cancerígenos y compuestos endógenos. Varias estrategias terapéuticas están siendo desarrolladas para aprovechar la presencia, la sobreexpresión y la actividad del sistema p450 en tumores. En cuanto al CYP8A1, la primera ocasión en la que fue reportada la existencia de este citocromo fue en el año de 1994, por Yokoyama y colaboradores mediante un estudio descriptivo del gen humano para la codificación de la prostaciclina sintasa (PGIS). La función de este gen consiste en la síntesis de prostaglandina a partir de prostaglandina H₂, jugando un papel en el proceso inflamatorio. Después en el año 2001, Chevalier y colaboradores reportaron sobre variantes alélicas que afectan la región que codifica para CYP8A1, las cuales causan cambios en los aminoácidos, sin que aún existan análisis sobre estas variantes en el riesgo al cáncer. De acuerdo con lo anterior, el objetivo del presente estudio fue detectar, por primera vez, la expresión de CYP4F11 y 8A1 en cáncer de próstata e hiperplasia prostática benigna. Se detecta por inmunohistoquímica la presencia de CYP4F11 y CYP8A1 en los tejidos. Se detectó la presencia de CYP4F11 y de CYP8A1, por primera vez en cáncer de próstata no en tejidos con hiperplasia prostática benigna. Este hallazgo nos podría indicar que las células tumorales en el cáncer de próstata, se encuentran reguladas en cierta parte por el metabolismo endógeno y de xenobióticos, así como por el estrés oxidante, dado la participación del sistema CYP450 en estos fenómenos. ¹⁸

2.7. CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Tipos de cáncer de próstata. Casi todos los cánceres de próstata son adenocarcinomas. Estos cánceres se desarrollan a partir de las células de la glándula (las células que producen el líquido prostático que se agrega al semen).

Los otros tipos de cáncer de próstata incluyen: Sarcomas, carcinomas de células pequeñas, tumores neuroendocrinos (aparte de los carcinomas de células pequeñas), carcinomas de células transicionales. Estos otros tipos de cáncer de próstata son poco comunes. ⁵

2.7.1. Por histopatología (Grado)

GX: El grado no puede evaluarse

G1: Bien diferenciado (anaplasia leve) (Gleason 2-4)

G2: Diferenciado moderadamente (anaplasia moderada) (Gleason 5-6)

G3-4: Diferenciado pobremente o no diferenciado (anaplasia marcada)
(Gleason 7-10)

2.7.2 Clasificación TNM (Tumor, Nódulo, Metástasis)

T Tumor primario

TX Tumor primario no puede ser evaluado

T0 No hay evidencia de tumor primario

T1 Tumor clínicamente no aparente, no palpable ni visible mediante imágenes

T1a Descubrimiento histológico incidental del tumor en 5% o menos del tejido resecado

T1b Descubrimiento histológico incidental del tumor en más del 5% del tejido resecado

T1c Tumor identificado por biopsia de aguja (por APE elevado)

T2 Tumor localizado a próstata

T2a El tumor afecta la mitad de un lóbulo o menos

T2b El tumor compromete más de la mitad de un lóbulo pero no ambos

T2c El tumor afecta ambos lóbulos

T3 Tumor se extiende a través de la cápsula prostática

T3a: Extensión extracapsular (unilateral o bilateral)

T3b El tumor invade la(s) vesícula(s) seminal(es)

T4 El tumor está fijo o invade estructuras adyacentes distintas a las vesículas seminales: el cuello de la vejiga, el esfínter externo, el recto, los músculos elevadores y/o la pared de la pelvis

N Nódulos linfáticos regionales

NX Ganglios linfáticos regionales no pueden evaluarse

N0 No existe metástasis ganglionar linfática regional

N1 Metástasis en ganglio(s) linfático(s) regional(es)

M Metástasis a distancia

MX Metástasis distante no puede ser evaluada

M0 No hay metástasis distante

M1 Metástasis a distancia

M1a Ganglio(s) linfático(s) no regional (es)

M1b Hueso(s)

M1c Otro(s) sitio(s)

14

2.8 MODELO DE CREENCIAS

Desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezado por Hochbaum, en su interés por buscar una explicación a la falta de participación pública en los programas de detección precoz y prevención de enfermedad basado en las teorías del valor esperado (expectativas) cuyo postulado básico es que la conducta depende principalmente de dos variables, el valor que la persona da a un determinado objetivo y la estimación que la persona hace sobre la probabilidad de que al llevar a cabo una acción determinada se logre el objetivo deseado. La idea principal que defiende el modelo es que las conductas de una persona están determinadas por la amenaza percibida a su salud. Esta vulnerabilidad que se experimenta, a su vez está condicionada por la percepción acerca de la susceptibilidad hacia la enfermedad y la severidad percibida de las consecuencias de adquirirlas.¹⁹

Por otra parte la prevención de la enfermedad emplea medidas destinadas no solo a reducir factores de riesgo y prevenir con esto la aparición de la enfermedad, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Por consiguiente la promoción de la salud y prevención de la enfermedad son importantes para mejorar la calidad de vida del individuo y la sociedad. Asimismo, en México se realizan esfuerzos para lograr que la promoción de la salud y prevención de la enfermedad llegue a toda la población, mediante la estrategia nacional de promoción y prevención para una mejor salud; actualmente en las instituciones se toman medidas preventivas integrales, apoyándose con el uso de las tarjetas de citas. Actitudes positiva o negativa siempre tienen efecto en los hábitos que realiza el individuo. Si se tiene una actitud positiva en un suceso conductual, se adquiere un compromiso y se actúa, a menos que haya factores personales (biológicos, psicológicos, y socioculturales) que no lo permita. En una encuesta realizada en México en 2006, para evaluar los avances del programa PREVENIMSS, se obtuvo un incremento significativo en la cobertura de atención a los diferentes grupos etarios. Los grupos con menor cobertura fueron el de adolescente y del hombre. Los conocimientos y la percepción que tenga el individuo sobre promoción de la salud es determinante para que se comprometa con las conductas destinadas al fomento de la misma y que éstas conductas a su vez están influenciadas por sus fuentes primarias (la familia, la pareja y los cuidadores de salud). El sistema de salud en México, posee grandes fortalezas, pero también debilidades para cumplir exitosamente su cometido.²⁰

Los profesionales de atención primaria disponen de intervenciones preventivas y de promoción de salud efectivas para disminuir la morbimortalidad de las causas de muerte anteriormente mencionadas. No obstante, existen situaciones paradójicas, como el caso del tabaquismo, en el que, a pesar de que los profesionales disponen de intervenciones efectivas para disminuir el consumo, su aplicación es escasa. Parece existir una separación importante entre las recomendaciones sobre las intervenciones preventivas y de promoción de salud que ofrecen los resultados de la investigación y el comportamiento de los profesionales en la práctica clínica, incluso de los que están en formación. Para explicar las intenciones de comportamiento y la conducta de los profesionales de la salud, la teoría de la conducta planificada (TCP) se considera una de las más adecuadas. De acuerdo con ella, la intención de conducta se explica por 3 factores: a) actitudes, que hacen referencia a la evaluación general del comportamiento y están determinadas por las creencias acerca de ese comportamiento y las percepciones sobre las consecuencias de la conducta; b) norma subjetiva, que se refiere a la aprobación social percibida sobre ese comportamiento y está determinada por las expectativas con respecto a si los grupos de referencia importantes aprobarían esa conducta, y c) control conductual percibido, que se refiere a la confianza que se tiene acerca de la propia capacidad para llevar a cabo una conducta específica y está determinado por la percepción de oportunidades, barreras y recursos necesarios para hacerlo.²¹

Conocimiento: Significa recordar datos específicos (dentro del sistema educativo del cual el individuo hace parte) o la habilidad para aplicar datos específicos para resolver problemas o, incluso, emitir conceptos con la comprensión adquirida sobre determinados eventos.

Actitud: Consiste esencialmente en tener opiniones, sentimientos, predisposiciones y creencias relativamente constantes, dirigidas a un objeto, personas o situaciones; se relaciona con el dominio afectivo-dimensión emocional.

Práctica: Es la toma de decisión para ejecutar una acción; se relaciona con los dominios psicomotor, afectivo y cognitivo-dimensión social. ²²

III. JUSTIFICACIÓN

La evidencia reciente demuestra que el cáncer de próstata actualmente es uno de los problemas de salud pública que afecta a la población masculina adulta y que es la neoplasia maligna más frecuente en nuestro medio, en el hombre mayor de 40 años. Ocupando la 2da causa de muerte en los hombres en México y amenaza a todos los grupos socioeconómicos; sin embargo, el diagnóstico y la detección temprana incrementan la supervivencia, lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud con la detección de factores tempranos incluyendo la actitud del médico, el conocimiento del tema por el paciente y sus temores a la realización de exámenes para detección oportuna de cáncer de próstata. Para tal efecto se ha desarrollado el modelo de creencias de salud que se ha convertido en uno de los marcos teóricos más usados en psicología de la salud para explicar los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad; se trata de un modelo de inspiración cognitiva que considera dichos comportamientos como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada; con el fin de realizar en un futuro intervenciones de salud de manera preventiva respecto a este tema en la Unidad de Medicina Familiar No. 10, no se conocen cifras reales de detección oportuna de este padecimiento; la presente investigación surge de la necesidad de contar con información válida y confiable sobre la población masculina mayor de 40 años de edad para detección oportuna de cáncer de próstata.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS advierte que desde 2015, los tumores malignos de pulmón, próstata, colorrectal, estómago e hígado son los más comunes entre los varones, se sabe que a nivel mundial el cáncer de próstata es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos. Ocupa el cuarto lugar de todas las enfermedades cancerígenas y es el segundo más común entre hombres. El 70% de los casos de cáncer de próstata se presentan en hombres de países desarrollados. En el 2014 se diagnosticaron alrededor de 233,000 nuevos casos, de los cuales 29,480 serán mortales. Aproximadamente 1 de cada 7 hombres será diagnosticado con cáncer de próstata en el transcurso de su vida. Se estima que 6 de cada 10 casos, se diagnostican en hombres de 65 años o más. La importancia de este estudio es captar la población vulnerable para capacitarla e informarla para llevar a cabo acciones preventivas respecto al cáncer de próstata y en un futuro establecer intervenciones en la atención médica por lo que se planteó la siguiente pregunta:

¿Cuál es el grado de actitud en la detección oportuna de cáncer de próstata en hombres mayores de 40 años de la UMF No. 10 del IMSS?

V. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar el grado de actitud en la detección oportuna del cáncer de próstata en la población masculina mayor de 40 años en el periodo de junio 2017 a 31 Julio 2018 en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del IMSS en Ciudad Miguel Ahumada, Chihuahua.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

5.2.1 Establecer el grado de actitud en los participantes del estudio.

5.2.2 Identificar los datos sociodemográficos que afectan la actitud sobre cáncer de próstata en mayores de 40 años.

5.2.3 Determinar la asociación del grado de actitud con las características sociodemográficas.

5.2.4 Dar a conocer los resultados obtenidos en este estudio.

VI. HIPOTESIS

H1. La población derechohabiente masculina de 60 años y más en la UMF No. 10 de Ciudad Miguel Ahumada, Chihuahua tiene una buena actitud en la detección oportuna del cáncer de próstata.

HO. La población derechohabiente masculina menor de 60 años en la UMF No. 10 de Ciudad Miguel Ahumada, Chihuahua tiene una buena actitud en la detección oportuna del cáncer de próstata.

VII. METODOLOGIA

7.1. Diseño de estudio: Se trata de un trabajo de investigación con un estudio descriptivo, transversal y prospectivo.

7.2 Tiempo: Se realizó el presente estudio en el periodo de tiempo comprendido del 1 de Marzo del 2017 al 30 de Noviembre del 2018.

7.3 Lugar: El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 que es una unidad de primer nivel de atención la cual cuenta con un consultorio de medicina familiar en turno matutino y vespertino, atención medica continua en turno vespertino, medicina preventiva en turno matutino y en turno vespertino solo un consultorio así como una farmacia y un departamento administrativo para ambos turnos, la cual está ubicada en el Municipio de Villaahumada, colinda al Norte con carretera Ciudad Miguel Ahumada –Ciudad Juárez, y al sur con la carretera Ciudad Miguel Ahumada-Chihuahua.

7.4 Población de estudio: Posterior al cálculo del tamaño de la muestra se realizó el siguiente estudio a los hombres mayores de 40 años derechohabientes de la UMF No. 10 de Ciudad Miguel Ahumada, Chihuahua.

VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Todo paciente derechohabiente del IMSS en UMF No. 10 masculino mayor de 40 años.

8.1 Criterios de inclusión:

- Hombres mayores de 40 años.
- Derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10
- Pacientes que acepten participar en el estudio con consentimiento informado.
- Pacientes que no sean portadores de cáncer de próstata.

8.2 Criterios de exclusión:

- Hombres menores de 40 años.
- No ser derechohabientes del IMSS de la UMF No. 10.
- Pacientes con diagnóstico previo de cáncer de próstata.

8.3 Criterios de eliminación:

- Encuestas incompletas.

IX. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

9.1 Variable dependiente

Actitud

•Definición conceptual: La actitud es un procedimiento que conduce a un comportamiento en particular. Es la realización de una intención o propósito; es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias. Las actitudes determinan la vida anímica de cada individuo. Las actitudes están patentadas por las reacciones repetidas de una persona. Este término tiene una aplicación particular en el estudio del carácter, como indicación innata o adquirida, relativamente estable, para sentir y actuar de una manera determinada. (TCP) teoría de la conducta planificada.

•Definición operacional: Actitud del hombre mayor de 40 años ante la detección oportuna del cáncer de próstata como baja y alta, mediante el diseño de un instrumento auto aplicado que califica 26 ítems.

•Indicador:

1. Baja 0-7

2. Alta: 8-15

•Tipo de variable: Cualitativa

•Escala de medición: Ordinal

•Técnica estadística: No paramétrica, frecuencias, porcentajes chi cuadrada, razón de momios.

9.2 Variables independientes

9.2.1. Edad:

- Definición conceptual: Se describe como el espacio de años; que ha transcurrido de un tiempo a otro. Se conoce como cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana o bien; duración de algunas cosas o entidades abstractas.

- Definición operacional: Se tomó como una muestra de pacientes masculinos de periodo de 40 años o más al momento del estudio con la edad cumplida en años.

- Indicador: Años cumplidos al momento del estudio.

1. 40-44 años

2. 45-49 años

3. 50-59 años

4. 60-69 años.

5. 70 años o más

- Tipo de variable: Cuantitativa y cualitativa

- Escala de medición: Discreta, ordinal

- Técnica estadística: Paramétrica, media, mediana moda, frecuencias, porcentajes y desviación estándar

9.2.2. Estado civil

•Definición conceptual: Es la situación entre las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

•Definición operacional: Para fines de estudio se considera el estado civil como el estado referido por el paciente.

•Indicador

1. Soltero
2. Casado
3. Unión libre
4. Divorciado
5. Separado
6. Viudo.

•Tipo de variable: Cualitativa

•Escala de medición: Nominal

•Técnica estadística: No paramétrica, frecuencias y porcentajes.

9.2.3. Escolaridad

•Definición conceptual: Tiempo durante el cual un alumno asiste a la escuela en cualquier centro de enseñanza, conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes.

•Definición operacional: Para fines de este estudio se captara la escolaridad referida por el paciente en la encuesta.

•Indicador:

1. Analfabeta
2. Saber leer y escribir
3. Primaria incompleta
4. Primaria completa
5. Secundaria incompleta
6. Secundaria completa
7. Bachillerato incompleto o su equivalente
8. Bachillerato completo o su equivalente
9. Carrera profesional incompleta
10. Carrera profesional completa.

•Tipo de variable: Cualitativa

•Escala de medición: Nominal

•Técnica estadística: No paramétrica, frecuencias y porcentajes.

9.2.4. Ocupación.

•Definición conceptual: Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada.

•Definición operacional: En este estudio se tomó el empleo referido por el paciente al momento de estudio.

Indicador:

1. Empleado
2. Empleador
3. Obrero
4. Profesionista
5. Comerciante o Trabajador independiente
6. Pensionado
7. Trabajador familiar sin remuneración.

Tipo de variable: Cualitativo

•Escala de medición: Nominal

•Técnica estadística: No paramétrica, frecuencias y porcentajes.

9.2.5. Nivel de ingresos

•Definición conceptual: Se trata de un valor económico que sirve inicialmente para cuantificar el poder adquisitivo de las familias. El ingreso familiar (también denominado ingreso del hogar) es la totalidad de las ganancias o ingresos que tiene una familia. Al hablar de totalidad se incluye el salario, los ingresos extraordinarios e incluso las ganancias que se obtienen en forma de especie.

•Definición operacional: La cantidad total del salario que recibe el paciente para determinar el nivel económico de vida del paciente expresado en esta encuesta.

• Indicador:

1. 400 pesos
2. 401-800 pesos
3. 801-1500pesos
4. 1501-3500pesos
5. 3501-5000 pesos
6. Más de 5000 pesos
7. No recibe dinero

•Tipo de variable: Cualitativa

•Escala de medición: Ordinal

•Técnica estadística: Frecuencias y porcentajes.

9.2.6. Religión.

•Definición conceptual: Al conjunto o sistema de creencias y prácticas de un grupo determinado en relación a una actividad espiritual, ligada a lo moral y que incluso se mezcla con lo sobrenatural (o que está fuera del alcance del carácter demostrable de la ciencia).

•Definición operacional: La determinada en esta encuesta para calificar como parte de la actitud o creencias de un individuo en relación a realizarse o no los exámenes de detección oportuna de cáncer de próstata.

•Indicadores:

1. Católica
2. Cristiana
3. Ateo
4. Ninguna
5. Otra_____

•Tipo de variable: Cualitativa

•Escala de medición: Nominal

•Técnica estadística: No paramétrica, frecuencias y porcentajes

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
ACTITUD	Se aplica en el estudio del carácter para sentir y actuar de una manera determinada	Actitud del hombre mayor de 40 años ante la detección oportuna del Cáncer de Próstata	Dependiente, Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baja 0-7 2. Alta: 8-15
EDAD	Espacio de años en periodos en los que se considera dividida la vida humana.	Pacientes masculinos de 40 años o más al momento del estudio.	Independiente cualitativa y cuantitativa.	Ordinal y discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1. De 40-44 años 2. De 45-49 años 3. De 50-59 años 4. De 60-69 años. 5. 70 años o más
ESTADO CIVIL	Situación entre las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio.	Para fines de estudio se considera el estado civil como el estado referido por el paciente	Independiente, cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Separado 6. Viudo
ESCOLARIDAD	Tiempo durante el cual un alumno asiste a la escuela en cualquier centro de enseñanza,	Para fines de este estudio se captara la escolaridad referida por el paciente en la encuesta	Independiente, cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Saber leer y escribir 3. Primaria incompleta 4. Primaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Secundaria completa 7. Bachillerato incompleto o su equivalente 8. Bachillerato completo o su equivalente 9. Carrera profesional incompleta

					10.Carrera profesional completa.
OCUPACIÓN	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada	En este estudio se tomó el empleo referido por el paciente al momento de estudio.	Independiente, cualitativa	Nominal	1.Empleado 2.Empleador 3.Obrero 4.Profesionista 5.Comerciante o Trabajador independiente 6.Pensionado 7. Trabajador familiar sin remuneración.
NIVEL DE INGRESOS	Se trata de un valor económico que sirve inicialmente para cuantificar el poder adquisitivo de las familias	La cantidad total del salario que recibe el paciente para determinar el nivel económico de vida del paciente expresado en esta encuesta	Independiente, cualitativa	Ordinal	1.400 pesos 2.401-800 pesos 3.801-1500pesos 4.1501-3500pesos 5.3501-5000 pesos 6.Más de 5000 pesos 7.No recibe dinero
RELIGIÓN	Al conjunto o sistema de creencias y prácticas de un grupo determinado en relación a una actividad espiritual y moral.	La determinada en esta encuesta para calificar como parte de la Actitud o Creencias de un individuo.	Independiente, cualitativa	Nominal	1.Católica 2.Cristiana 3.Ateo 4.Ninguna 5.Otra_____

X.TAMAÑO MÍNIMO DE LA MUESTRA

Se trata de una muestra no probabilística al azar con hombres mayores de 40 años que acudieron a la consulta externa de ambos turnos donde se realizó el cálculo de tamaño de la muestra para estudios trasversales con una prevalencia mundial de 9.6% dando por resultado una muestra final de 59 participantes.

La muestra se obtuvo con la siguiente fórmula:

$$N = \frac{(Z)^2 (p) (q)}{d^2}$$

$$d^2$$

$$\frac{(1.96)^2 (0.96) (1-0.96)}{(0.05)^2}$$

$$(3.84)(0.0384)$$

$$\frac{.0025}{0.1474} = 58.9824$$

$$.0025$$

$$0.1474 =$$

$$58.9824$$

n = 59

$$.0025$$

Donde N significa tamaño que es la cantidad de que se requiere 58.9 pacientes.

P es la proporción, q es 1-p, d es precisión, para estudios descriptivos.

N = Tamaño p = Proporción q = 1-p d = Precisión

XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizaron pruebas de normalidad, la descripción de las características clínicas de los pacientes en el estudio por medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas continuas, que cumplieron el supuesto de normal con media y desviación estándar y para aquellas que no cumplieron este supuesto se empleó mediana y rango intercuartil. En el caso de las variables nominales se realizó por medio de proporciones.

Se calcularon proporciones simples y relativas y sus intervalos de confianza al 95%. Se utilizó la XMH para la determinación de asociación estadísticamente significativa entre variables. Se calculó el valor de p para probar la significancia estadística de las variables a una $p = 0.05$. Se calcularon los factores de riesgo mediante Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%.

11.1 Plan de procesamiento y análisis de datos

El análisis de datos se realizó a través del programa estadístico informático SPSS versión 24.0; una vez recopilados los datos, con análisis descriptivo de pruebas paramétricas y no paramétricas; para posteriormente describirlos y resumirlos. Esta descripción se efectuó mediante descripciones gráficas y descripciones numéricas (promedios, medidas de variabilidad, forma de la distribución, medida de la relación entre variables).

- La descripción de la población se realizó de manera porcentual con medidas de tendencia central (media, moda, mediana) y de dispersión a través de la desviación estándar (DE) y frecuencias y porcentajes.
- Para el criterio inferencial o de estimación se utilizaron medidas como: chi 2, correlaciones.
- Asociación y efecto con intervalo de confianza 95%, pruebas estadísticas de tendencia lineal con significancia 0.05

XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El siguiente estudio cumple con los lineamientos bioéticos aceptados en los tratados de Helsinki y en otros tratados internacionales pues no se pone en riesgo a seres humanos, se guarda confidencialidad de los participantes, no existen riesgos en la realización del mismo.

Para tal efecto, se otorgó consentimiento informado al paciente explicándole que no existe riesgo alguno contra su integridad física ya que la aplicación del instrumento es anónima; lo anterior apegado al Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Ley General de Salud, Art. 17: investigación sin riesgo) (Ver Anexo 2).

Además, la investigación no viola los reglamentos éticos establecidos por la Ley General de Salud de México ya que además de respetar el anonimato de las personas, está de acuerdo con las normas contempladas en la ley general de salud artículo 17 (investigación sin riesgo) en materia de investigación en salud y con la declaración de Helsinki en 1975 enmendada en el año 2000 en Escocia. Los procedimientos a realizar están de acuerdo con las normas éticas y reglamentos institucionales, con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores.

De acuerdo con el artículo quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 02 de abril del 2014, esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de

los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población. Será sometido a una comisión de ética, ya que, aunque no se interviene directamente en seres humanos, se interviene en aspectos de su atención médica. Esta investigación se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Se adapta a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.

II. Es el método más idóneo para la investigación en este tema.

III. Existe la seguridad de que no se expondrá a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevará a cabo este protocolo.

IV. Se contará con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.

V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

VI. La investigación será realizada por profesionales de la salud en una institución médica que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

VIII. Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite.

IX. Será responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Se protegerá la información obtenida, utilizando para la identificación de los sujetos únicamente las iniciales de su nombre y apellidos; todos los resultados serán utilizados cuando se requieran y cuando sea autorizado. Esta investigación se clasifica como Riesgo Mínimo, debido a que se realizará una intervención para modificar el comportamiento.

XIII. METODOLOGÍA OPERACIONAL

Posterior al cálculo del tamaño de la muestra se realizó el siguiente estudio donde se dio a la recolección de datos en la sala de espera de la UMF No. 10 de ambos turnos a los derechohabientes mayores de 40 años por medio de un encuestador a aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión y que desearan participar previa explicación y firma de consentimiento informado (anexo 2).

En la literatura revisada no se encontró ningún estudio que midiera la actitud de cáncer de próstata en los hombres, para tal efecto se realizó un instrumento para la recolección de datos con el fin de medir el grado de conocimiento sobre detección oportuna de cáncer de próstata es así que se diseñó la encuesta para posteriormente hacer un pilotaje y corrección del instrumento de recolección final la encuesta en total califica 26 ítems directas para conocer los datos generales del paciente respecto a las características del conocimiento, actitud, percepción y disposición de cáncer de próstata. Al no existir un instrumento para clasificar éste estudio fue que se diseñó un instrumento con piloteo previo con preguntas objetivas y subjetivas si contestó 0-7 actitud baja y 8-15 se clasifica en actitud alta; la encuesta consta de tres partes:

Primera parte: Con características sociodemográficas datos personales generales como edad, estado civil, escolaridad, ocupación, percepciones económicas, religión, antecedentes heredofamiliares.

Segunda parte: Descripción de características del conocimiento de cáncer de próstata como definición, grupo de edad afectada, si es curable o no, datos o síntomas que se presentan, cuales son los exámenes de detección oportuna.

Tercera parte: Descripción de las características de actitud, percepción y disposición a la realización o detección oportuna del cáncer de próstata;

XIV. RESULTADOS

Se estudiaron un total 60 pacientes (Ver Tabla 1) encontrando que 22 (36.7%) tenían más de 69 años (Ver Gráfica 1), 37 (61.7%) eran casados (Ver Gráfica 2), teniendo 40 (66.7%) pareja, 25 (41.7%) primaria incompleta, teniendo bajo nivel de escolaridad 50 (83.3%), 54 (90%) tenían hijos, 25 (41.7%) no tenían trabajo, 23 (38.3%) con salario menor al mínimo, 52 (86.7%) eran católicos, 19 (31.7%) teniendo antecedentes heredofamiliares de cáncer de próstata (Ver Gráfica 3), teniendo baja o mala actitud 19 (31.7%) pacientes (Ver Gráfica 4).

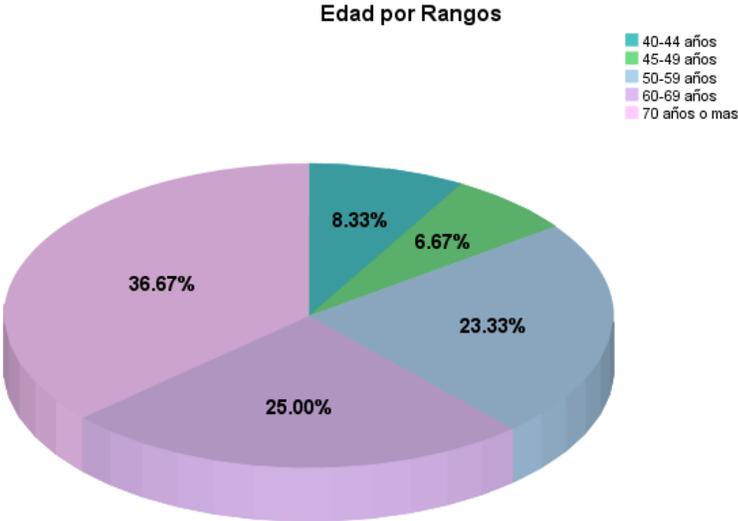
Tabla 1. Características de los hombres de la UMF No. 10.

Característica	Frecuencia n, (%)
Edad	
40 a 44 años	5, (8.3)
45 a 49 años	4, (6.7)
50 a 59 años	14, (23.3)
60 a 69 años	15, (25)
> 69 años	22, (36.7)
Estado civil	
Soltero	6, (10)
Casado	37, (61.7)
Unión libre	3, (5)
Divorciado	4, (6.7)
Viudo	10, (16.7)
Pareja	
Si	40, (66.7)
No	20, (33.3)
Escolaridad	
Analfabeta	2, (3.3)
Sabe leer y escribir	5, (8.3)
Primaria incompleta	25, (41.7)
Primaria completa	10, (16.7)
Secundaria incompleta	8, (13.3)
Secundaria completa	6, (10)
Bachillerato completo	3, (5)
Carrera profesional completa	1, (1.7)

Nivel escolaridad		
Bajo		50, (83.3)
Alto		10, (16.7)
Hijos		
Si		54, (90)
No		6, (10)
Trabajo		
Si		35, (58.3)
No		25, (41.7)
Salario		
Menor al mínimo		23, (38.3)
Mayor al mínimo		37, (61.7)
Religión		
Católica		52, (86.7)
Cristiana		4, (6.7)
Ninguna		4, (6.7)
AHF cáncer próstata		
Si		19, (31.7)
No		41, (68.3)
Actitud		
Baja		19, (31.7)
Alta		41, (68.3)

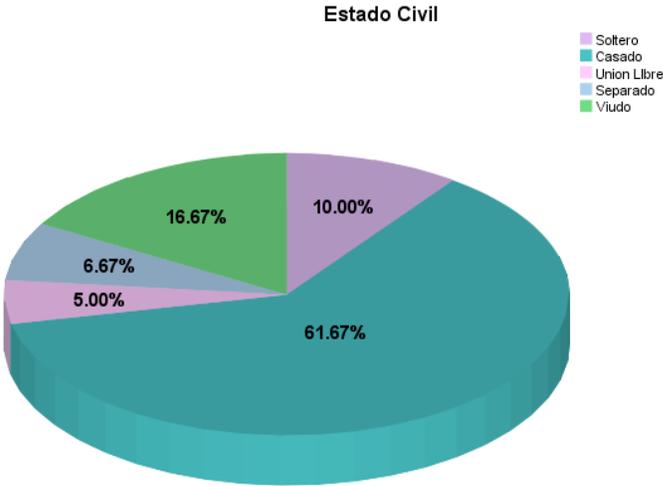
Fuente encuesta 2017-2018

Gráfica 1. Edad de los hombres de la UMF No. 10.



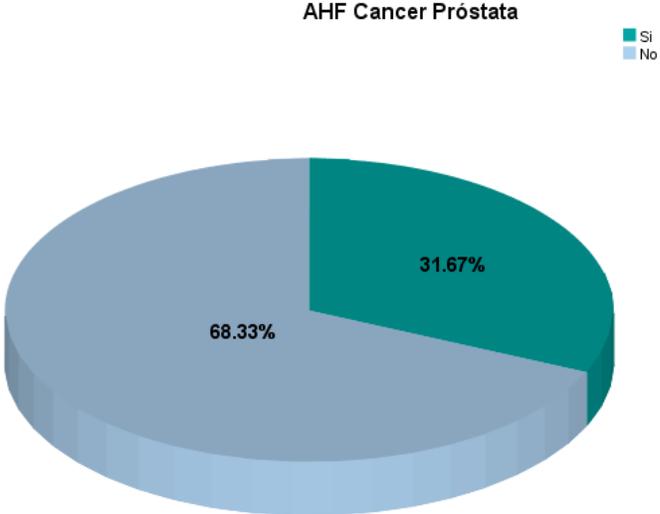
Fuente encuesta 2017-2018

Gráfica 2. Estado civil de hombres de la UMF No. 10



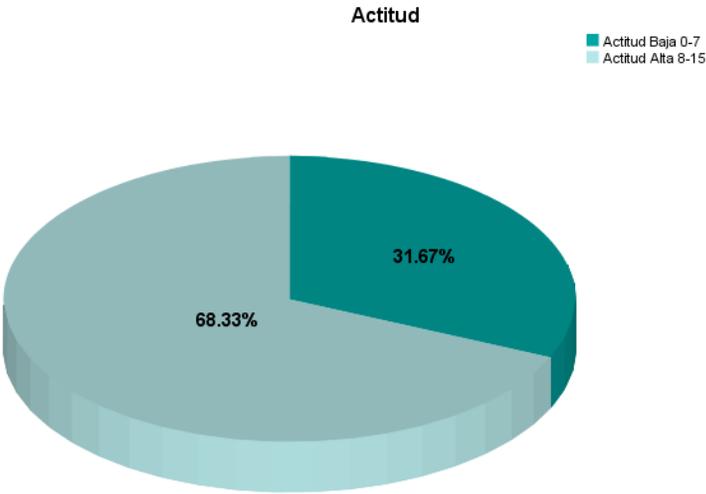
Fuente encuesta 2017-2018

Gráfica 3. Antecedentes heredofamiliares de cáncer de próstata en hombres de la UMF No. 10



Fuente encuesta 2017-2018

Gráfica 4. Actitud en hombres de la UMF No. 10



Fuente encuesta 2017-2018

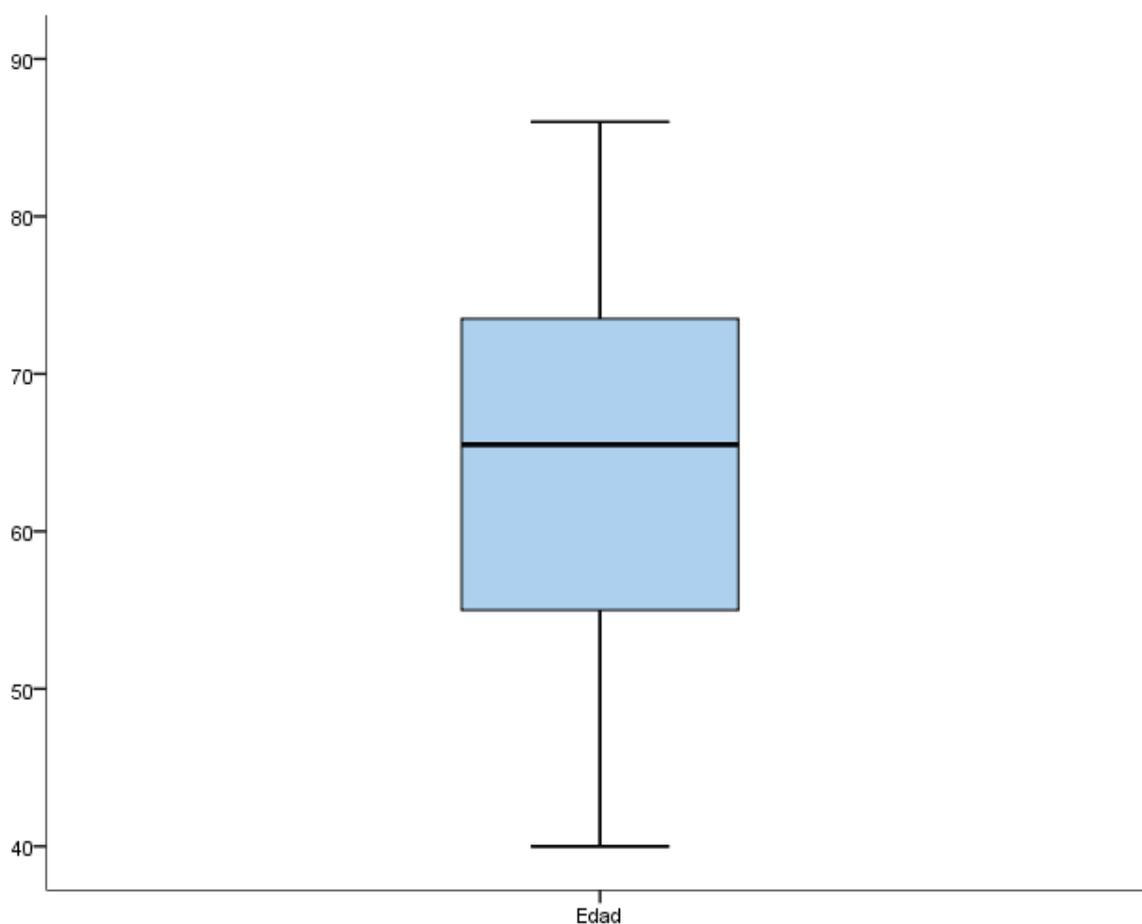
Se realizaron pruebas de normalidad para los resultados cuantitativos (Ver Tabla 2); se encontró que la media de la edad fue de 63.85 con una desviación estándar (DE) de 12.22 años (Ver Gráfica 5), mientras que la media de la puntuación para la actitud fue de 8.92 con DE de 2.93.

Tabla 2. Características de los hombres de la UMF No. 10.

Variable	Media	DE	Mínimo	Máximo	p^*
Edad	63.85	12.22	40	86	0.200
Actitud	8.92	2.93	3	14	0.085

* Kolmogorov-Smirnov

Gráfica 5. Edad hombres de la UMF No. 10.



Fuente encuesta 2017-2018

En el análisis bivariado (Ver Tabla 3) encontramos que los hombres de 60 a 69 años tienen 3.5 veces riesgo de tener mala o baja actitud para detección de cáncer de próstata con intervalos que van hasta las 39.15 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes en unión libre tienen un 4% de exceso de riesgo de tener mala o baja actitud con intervalos que van hasta las 12.65 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los que tienen un nivel de escolaridad bajo tienen 2.06 veces de riesgo de tener una mala actitud con intervalos que van hasta las 10.80 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que no tienen hijos tienen 2.38 veces riesgo de tener mala actitud con intervalos que van hasta las 13.05 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que no trabajan tienen un 3% de exceso de riesgo de tener mala o baja actitud con intervalos que van hasta las 3.09 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes que no tienen AHF de cáncer de próstata tienen 6.02 veces riesgo de tener una mala actitud ante la detección oportuna de cáncer de próstata con intervalos que van hasta las 29.57 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa.

Tabla 3. Análisis bivariado factores asociados a la actitud ante la detección oportuna de cáncer de próstata en pacientes de la UMF No. 10.

Característica	Actitud		RMP	IC 95%	p*
	Mala n, (%)	Buena n, (%)			
Edad					
40 a 44 años	1, (5.3)	4, (9.8)	1		
45 a 49 años	1, (5.3)	3, (7.3)	1.33	0.06 – 31.12	0.587
50 a 59 años	5, (26.3)	9, (22)	2.22	0.19 – 25.72	
60 a 69 años	7, (36.8)	8, (19.5)	3.50	0.31 – 39.15	
> 69 años	5, (26.3)	17, (41.5)	1.18	0.11 – 13.07	
Estado civil					
Soltero	2, (10.5)	4, (9.8)	1.04	0.17 - 6.50	0.998
Casado	12, (63.2)	25, (61)	1		
Unión libre	1, (5.3)	2, (4.9)	1.04	0.09 – 12.65	
Divorciado	1, (5.3)	3, (7.3)	0.69	0.07 – 7.40	
Viudo	3, (15.8)	7, (17.1)	0.89	0.20 – 4.07	
Nivel escolaridad					
Bajo	17, (89.5)	33, (80.5)	2.06	0.39 – 10.80	0.385
Alto	2, (10.5)	8, (19.5)	1		
Hijos					
Si	16, (84.2)	38, (92.7)	1		
No	3, (15.8)	3, (7.3)	2.38	0.43 – 13.05	0.309
Trabajo					
Si	11, (57.9)	24, (58.5)	1		
No	8, (42.1)	17, (41.5)	1.03	0.34 – 3.09	0.963
Religión					
Si	18, (94.7)	38, (92.7)	1		
No	1, (5.3)	3, (7.3)	0.70	0.07 – 7.24	0.767
AHF cáncer próstata					
Si	2, (10.5)	17, (41.5)	1		
No	17, (89.5)	24, (58.5)	6.02	1.23 – 29.57	0.017

*Chi cuadrada

Fuente encuesta 2017-2018

XV. DISCUSIÓN

Se determinó que la población de la UMF No. 10 en general tuvo una actitud alta por arriba de un 68%.

El grupo de menor de 60 años tiene una mejor actitud de conocimientos de cáncer de próstata en relación al grupo de 60-70 años y más, lo que es contrario a la hipótesis planteada; esto quiere decir que los jóvenes muy probablemente tienen mejor acceso a la información a través de medios tecnológicos y mejora la actitud al conocimiento respecto al cáncer de próstata.

Se reafirmó que los hombres que tienen hijos tienen una actitud alta de cáncer de próstata hasta en un 70.4%.

Arbeláez JD, Montealegre NA hacen referencia a los factores de riesgo de cáncer los que tienen mayor incidencia en los grupos con mínima educación y están estrechamente asociados a la posición socioeconómica. Además, los pacientes de las clases sociales más bajas presentan sistemáticamente las menores tasas de supervivencia, en comparación con los de las clases sociales más altas.²² Sin embargo la muestra estudiada tiene un nivel alto de escolaridad y una alta actitud hasta en un 80 %, es decir escolaridad baja es consistente a lo anterior planteado ya que un nivel escolar bajo otorga 2 veces el riesgo de tener un nivel de actitud bajo o deficiente; además agregaremos que los sujetos que tienen ingresos económicos por arriba de \$801.00 semanales, tienen una mejor actitud por el mejor acceso a los dispositivos, por lo tanto a la información y al conocimiento.

Fajardo-Zapata A, James Monroy G refieren que es cierto que el diagnóstico de cáncer de próstata ha aumentado gracias a los métodos diagnósticos como el antígeno prostático específico y el tacto rectal, a pesar de contar con muy poca información acerca de la realización del exámen, en diversas investigaciones realizadas en el mundo se han identificado factores condicionantes para que los hombres mayores de 40 años no se realicen el exámen de próstata tales como: miedo al cáncer, vergüenza, incomodidad, dolor, relacionando estos factores con el nivel educativo bajo, las creencias personales, desinformación del exámen, desconfianza hacia los profesionales médicos, inquietud de que el tacto rectal pueda afectar su masculinidad y la falta de promoción de la práctica por parte de las instituciones de salud.²³ Por lo que los que profesaron una religión (67.9%) tuvieron una actitud alta con un IC 95% .138-14.62; RMP 1.421 y un valor de p* 0.767.

Se consolidó que tener antecedentes heredofamiliares de cáncer de próstata mejora la actitud en la familia respecto a la detección oportuna puede ser debido a que ésta población están más sensibilizados.

XVI. CONCLUSIONES

La población de la UMF No. 10 es una población que se dedica principalmente a la venta en el comercio de leche, ya que está ubicada en la carretera de paso de Ciudad Juárez a Ciudad Chihuahua dando lugar a movimiento y flujo de dinero. Porque se observó que los hombres tienen empleo, un nivel escolar alto y un ingreso económico. Estas referencias pueden estar relacionadas a un mejor acceso de la información en los adultos jóvenes menores de 60 años pareciera tener relación con una mejor acceso a los dispositivos electrónicos como celulares, computadoras, tabletas e internet en casa o negocios.

Se observa que la mayor parte de los hombres tienen pareja y tiene al menos un hijo que es lo que mejora la actitud respecto al cáncer de próstata.

Hay coherencia en la hipótesis nula planteada donde el hombre menor de 60 años tiene mejor actitud de cáncer de próstata. Sin embargo solamente se estudió el 17% de la población de éste grupo y está relacionado a que los adultos jóvenes son los que menos acuden a los servicios de salud. Por lo que será necesario en los próximos estudios realizar una muestra por conglomerados.

Este estudio demuestra que contar con antecedente heredofamiliar de cáncer de próstata te mejora la actitud con un valor de $p < 0.017$.

Los que profesan una religión tienen una mejor actitud de cáncer de próstata.

Medir la actitud se basa en un modelo de inspiración cognitiva que considera comportamientos de creencias y valoraciones internas del sujeto, por lo que concluimos que en lo adultos mayores a 40 años en la UMF No. 10 de Ciudad Miguel

Ahumada, Chihuahua tienen una actitud alta en la detección oportuna de cáncer próstata. A pesar de los buenos resultados obtenidos el estudio de actitud en la detección oportuna de cáncer de próstata tiene una relevancia por la evidencia reciente donde se demuestra que el cáncer de próstata actualmente es uno de los problemas de salud pública que afecta a la población masculina adulta y que es la neoplasia maligna más frecuente en nuestro medio, en el hombre mayor de 40 años. Ocupando la 2da causa de muerte en los hombres en México y amenaza a todos los grupos socioeconómicos; sin embargo, el diagnóstico y la detección temprana incrementan la supervivencia, lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud con la detección de factores tempranos incluyendo la actitud del médico, el conocimiento del tema por el paciente y sus temores a la realización de exámenes; por lo que la promoción a la salud en primer nivel de atención deberá seguir siendo el pilar para la detección oportuna de cáncer de próstata debiendo ser continua y constante en la UMF No. 10.

RECOMENDACIONES

1. Hacer una muestra por conglomerados por grupos de edad pudiera haber dado mejor análisis estadístico de las variables evaluadas porque se tomó una muestra no probabilística de los pacientes que están en la consulta regularmente son adultos mayores y el resto de la población está trabajando y no se está midiendo o incluyendo en el estudio a la población adultos jóvenes.
2. La encuesta autoaplicada fue difícil de llevar a cabo ya que la mayor parte de la población eran adultos mayores de 60 años de edad con baja escolaridad y además la encuesta estuvo muy extensa lo que pudo condicionar posibles sesgos.
3. Otorgar pláticas a los adultos mayores, a los de baja escolaridad, menos recursos o ingresos económicos que los lleva a estar en desventaja por no tener acceso a otras fuentes de información.
4. Los médicos familiares deberían estar más informados y con mejor apego a las Guías de Práctica Clínica para ofrecer a los pacientes el mejor beneficio en cuanto a la detección oportuna del cáncer de próstata.
5. Los adultos jóvenes tienen acceso al PREVENIMSS digital una herramienta electrónica con información para el cuidado de la salud, lo que favorece a contribuir una mejora o aumentar la actitud respecto al cáncer de próstata por mejores fuentes de información fidedigna.

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ovelar Zubiaga I, El impacto del Cáncer en la Familia. Trabajo Final de 3º Psicoterapia de Familia y de Pareja. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. 2014. p.4.
2. Sánchez Barriga JJ. Tendencias de Mortalidad y años potenciales de vida perdidos por Cáncer de Prostata en los 32 estados y en las 7 regiones socioeconómicas de México en el periodo 2000-2010. Gac Med Mex. 2013, 149:576-85.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Última actualización. 13/02/2015 Disponible en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-prostata>
4. GLOBOCAN 2012. Disponible en <http://www.uicc.org/resources/globocan>; <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.
5. American Cancer Society (Sociedad Estadounidense del Cáncer). Cáncer Facts & Figures 2016 (Datos y Cifras del Cancer 2016). Atlanta, Ga: American Cancer Society; última revisión 20 abril 2016. Disponible en <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics.html>
6. Poveda-Matiz JL, Arenas-Reyes NJ, Sáenz-Becerra MP, et al. Evolución de la Mortalidad por Cáncer de Próstata en Colombia: estudio ecológico. Urol. Colomb. 2014; 23(1):3-10. Rev. Fac. Med. 2016 Vol. 64 No. 2: 223-8... Aceptado: 09/09/2015...<http://doi.org/f3gmns>.)
7. Oropeza Abundez C, Gutiérrez JP, Rivera J, Shamah T, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, (ENSANUT) México 2012. P. 93-94.

8. INCan (Instituto Nacional de Cancerología) Actualización 05 de noviembre de 2015; INSP (Instituto Nacional de Salud Pública). Disponible en <http://www.incan.salud.gob.mx/>
9. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. Actualización 22 de marzo de 2017. Disponible en <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) “Estadísticas a Propósito del día mundial contra el cáncer (4 febrero)”. Aguascalientes, Ags. Actualización 02 febrero 2016. P.1-10.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS) Cáncer .Nota descriptiva. Actualización Febrero de 2017. Disponible en <http://www.who.int/about/copyright/es/>
12. Guía de Práctica Clínica (GPC) Prevención y Detección Temprana de Cáncer de Próstata en el 1er nivel de atención. Actualización 21 marzo 2013. SS 021-08 Disponible en [www. CENETEC.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)
13. Norma Oficial Mexicana (PROY-NOM-048-SSA2-2016) Para la Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia Epidemiológica del Crecimiento Prostático Benigno (Hiperplasia de la Próstata) y del Cáncer de Próstata (Tumor Maligno de la Próstata) DOF: 03 agosto 2016.
14. Guía de Práctica Clínica (GPC) Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata en el 2do y 3er nivel de atención. Actualización 2010 IMSS 140-08 Disponible en www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html.

15. Riatiga D., Guía de Manejo de Cáncer de Prostata Servicio de Urología Fundación Hospital Infantil Universitario San José, p.8. Disponible en <http://docplayer.es/6627981-Guia-de-manejo-cancer-de-prostata-servicio-de-urologia.html>
16. Sánchez Martínez LC, Paredes Solís CA, Hernández Ordoñez OF, et al. El Antígeno Prostático Específico su Papel en el Diagnostico del Cáncer de Próstata. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51 (2): 124-6.
17. Heldenreth A, Bolla M, Jonlau S, et al. Guía clínica sobre el Cáncer de Prostata. European Association of Urology. Actualización abril 2010 p. 22-24.
18. Floriano Sánchez E, Castro Marín M, Cárdenas Rodríguez N, et al. Marcadores Moleculares en Cáncer de Próstata: Citocromos o450 (CyPs), CYP4F11 y CYP8A1, nuevos citocromos relacionados. Rev Mex Urol 2012: 72 (2) 45-49.
19. Universidad de Cantabria. Modelo de Creencias en Salud 2014. <http://ocw.unican.es/ciencias-delasalud/cienciaspsicosocialesi/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.1-el-modelo-de-creencias-en-salud-becker-1974>
20. Lara Esquivel E.C., Torres Muñoz Y.D.C., Moreno Gómez M, Actitudes y Hábitos ante la Prevención. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012; 20 (1): 11-17.
21. Ramos Morcillo A.J., Ruzafa Martínez M., Fernández Salazar S., et al. Actitudes de médicos y enfermeras ante las actividades preventivas y de promoción en atención primaria., Aten Primaria. 2014; Elsevier España., 46 (9): 483-491.

22. Arbeláez JD, Montealegre NA, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los 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.
23. Fajardo-Zapata A, James Monroy G, Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años. Rev. Fac. Med. 2016 Vol.64 No.2: 223.8.

XVIII. TABLAS, GRAFICAS Y ANEXOS

ANEXO 1.

Cuadro 1.- *Modelo de Creencias de Salud de Becker y Maiman (1975 en: (Jiménez, 2003)).*



ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Actitud en la Detección del Cáncer de Prostata en la población masculina mayor de 40 años derechohabiente del IMSS en la UMF10 de cd. Ahumada, Chihuahua.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Anivel mundial es la causa mas frecuente de muerte por tumores malignos ocupando el 2do lugar el objetivo es determinar su actitud en la deteccion oportuna del cancer de prostata en la poblacion mayor de 40 años
Procedimientos:	Se realizara la aplicación de una Encuesta Autoaplicada
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	informacion que se maneja en la familia y su ambito para evitar cursar con esta enfermedad mortal.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al momento de los resultados
Participación o retiro:	En el momento que lo desee
Privacidad y confidencialidad:	No aplica
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Se implementaran acciones preventivas en el Cáncer de Prostata en el 1er nivel de atención.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DRA. DAFNE ALFARO VALDEZ
Colaboradores:	Dra. Isis C.Solorio Paez; Dra Ma. Dolores Melendez Vazquez
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
DRA DAFNE ALFARO VALDEZ calle Galeana s/n Col. Chihuahuita, medico de AMC,firma	
Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave : 2810-009-013	

ANEXO 3. ENCUESTA



UNAM



“ACTITUD EN LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA POBLACION MASCULINA MAYOR DE 40 AÑOS DERECHOHABIENTE DEL IMSS EN LA UMF No. 10 DE CIUDAD MIGUEL AHUMADA, CHIHUAHUA”.

La presente encuesta es con la finalidad de conocer la situación de la enfermedad de cáncer de próstata en la comunidad, y con ello utilizar los métodos diagnósticos y tratamiento correspondientes.

Localidad: Ciudad Miguel Ahumada, Chihuahua.

Encuestador: Dra. Dafne Alfaro Valdez.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas conteste lo que se le pide y encierre la respuesta correcta.

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

1. ¿Cuál es su edad cumplida? EDAD _____

1. 40-44 años
2. 45-49 años
3. 50-59 años
4. 60-69 años
5. 70 años o más.

2. ¿Cuál es su estado civil?

1. Soltero
2. Casado
3. Unión libre
4. Divorciado
5. Separado
6. Viudo

3. ¿Cuál es su escolaridad?

1. Analfabeta

2. Sabe leer y escribir
 3. Primaria incompleta
 4. Primaria completa
 5. Secundaria incompleta
 6. Secundaria completa
 7. Bachillerato incompleto o su equivalente
 8. Bachillerato completo o su equivalente
 9. Carrera profesional incompleta
 10. Carrera profesional completa
4. ¿Tiene hijos?
1. Si
 2. No
5. ¿Trabaja actualmente?
1. Si
 2. No
6. ¿Cuál es su ocupación u oficio principal?
1. Empleado
 2. Empleador
 3. Obrero
 4. Profesionista
 5. Comerciante o trabajador Independiente
 6. Pensionado
 7. Trabajador familiar sin remuneración.
7. ¿Cuáles son sus ingresos semanales individuales?
1. 400 pesos
 2. 401-800 pesos
 3. 801-1500pesos
 4. 1501-3500pesos
 5. 3501-5000pesos
 6. Más de 5000 pesos

7. No recibe dinero.

8. ¿Profesa alguna religión?

1. Católica
2. Cristiana
3. Ateo
4. Ninguna
5. Otra_____

9. ¿Tiene usted algún familiar con antecedentes de cáncer de próstata?

1. Si
2. No

II. CARACTERISTICAS DEL CONOCIMIENTO DEL CANCER DE PROSTATA.

10. ¿Sabe usted que es el cáncer de próstata?

1. Enfermedad que les da a los hombres por tener muchas parejas sexuales.
2. Enfermedad que les da a los hombres y los lleva a impotencia sexual.
3. Enfermedad que les da a los hombres como crecimiento no normal de las células de la glándula prostática que pueden invadir otros órganos.

11. ¿En qué grupo de edad cree usted que es más frecuente el cáncer de próstata?

1. 40-44 años
2. 45-49 años
3. 50-59 años
4. 60-69 años
5. 70 años o más.

12. ¿Cree usted que si se detecta a tiempo el cáncer de próstata es curable?

1. Si
2. No
9. No sé

13. ¿Cuáles son los síntomas que usted considera se presentan en el cáncer de próstata?

1. En etapa inicial el cáncer de próstata no causa síntomas

2. Problemas al orinar, incluyendo un flujo urinario lento o debilitado o necesidad de orinar con más frecuencia, especialmente de noche. Sangre en la orina o el semen en etapas avanzadas.

3. Eyacuación precoz e impotencia sexual.

4. No hay manifestaciones en ninguna etapa.

9. No sé

14. ¿Conoce algún examen de detección oportuna de cáncer de próstata?

1. Si

2. No

15. ¿Ha recibido en consulta alguna información sobre la realización de exámenes de detección oportuna para el cáncer de próstata?

1, Si, el tacto rectal solamente

2. Si, el tacto rectal y el antígeno prostático específico

3. Si, el antígeno prostático específico solamente

4. Ninguna de las anteriores

9. No sé.

III. CARACTERISTICAS DE ACTITUD, PERCEPCION Y DISPOSICION

16. En cuestión de los exámenes de detección oportuna de cáncer de próstata, ¿Por qué no se lo ha practicado usted?

1. No cree que su edad es motivo para hacerse un examen todavía.

2. Desconocía usted que había exámenes para detección a esta edad igual o mayor de 40 años.

3. Cree usted que solo da esta enfermedad a los que Dios se la manda.

4. Cree usted que solo los hombres que tienen sexo con muchas mujeres les da el cáncer de próstata.

5. Que la enfermedad les da a los homosexuales.

6. La enfermedad les da a los que tienen enfermedades de transmisión sexual.

7. Es hereditario.

8. Solo les da la enfermedad a los que son infieles a sus parejas.

9. No sé.

17. ¿Es importante prevenir el cáncer de próstata?

1. Indiferente
2. Importante
3. Muy importante
4. Totalmente en desacuerdo
5. En desacuerdo
6. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
7. De acuerdo
8. Totalmente de acuerdo.

18. ¿Solo me debo realizar los exámenes de próstata cuando tengo síntomas?

1. Si
2. No
9. No sé.

19. ¿Cree usted importante realizarse el examen para prevenir el cáncer de próstata?

1. Si
2. No.

20. Si le han realizado alguna vez un tacto rectal, ¿Cómo considera que fue el procedimiento?

1. Incomodo
2. Produjo mucha vergüenza
3. Amenazo su masculinidad, su hombría e inclusive su virilidad.
4. Muy incómodo pero era importante realizarlo por salud.
5. Tuvo miedo por la posibilidad de que le dijeran que tenía Cáncer.
6. Temor por la posibilidad de ser agredido o lastimado.
7. No se ha realizado

21. Si no le han realizado ningún examen de tacto rectal o antígeno prostático específico ¿cuál ha sido el motivo?

1. El médico familiar no se lo ha ordenado.
2. Por descuido personal.
3. Por miedo a que te digan que tiene cáncer.

4. En referencia al tacto rectal te parece denigrante.
5. No tienes tiempo
6. No lo cree usted necesario.
7. No sabias que los hombres debían realizarse estos exámenes.

22. Si le informara que el cáncer es la 2da causa de muerte a nivel mundial y el cáncer de próstata es la causa más frecuente de muerte en hombres por tumores malignos, ¿Qué acción tomarás?

1. Desearía realizarme los exámenes completos.
2. Se realizará los exámenes cuando tenga problemas para orinar o síntomas.
3. Se los realizará cuando lo crea necesario.
4. No se los realizará.

23. Si usted ya se realizó algún examen. ¿Cuál fue por motivo?

1. Parte de un chequeo médico.
2. Porque el médico lo ordenó o sugirió.
3. Porque tuvo usted alguna molestia al orinar o síntoma.
4. Por sugerencia de su pareja.
5. Por iniciativa propia.

24. Usted cree que los exámenes de detección oportuna de cáncer de próstata ¿tienen más ventajas que desventajas?

1. Si
2. No

25.. ¿Cree usted que la única forma de sospechar del cáncer de próstata es haciéndose el tacto rectal y/o el antígeno prostático específico?

1. Si
2. No
9. No sé

26. ¿Cree usted que la falta de información en los hombres de 40 años o más hace que no se realicen las pruebas para detección oportuna de cáncer de Próstata?

1. Si
2. No
9. No sé