

Prevención primaria del cáncer de próstata

PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN CÁNCER DE PRÓSTATA



**PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA
EN CÁNCER DE PRÓSTATA**

RAFAEL JOLY DUEÑAS

MARCELA RAMÍREZ MOLINA

JESSICA FIGUEROA PUELLO

JAIME DE LA ROSA JULIO

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TECNOLÓGICA DE
BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Cartagena, mayo de 2003**

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA
EN CÁNCER DE PRÓSTATA**

RAFAEL JOLY DUEÑAS

MARCELA RAMÍREZ MOLINA

JESSICA FIGUEROA PUELLO

JAIME DE LA ROSA JULIO

DIRECTOR

XIMENA PALACIOS ESPINOSA

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TECNOLÓGICA DE
BOLIVAR**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Cartagena, mayo de 2003

NOTA DE SALVEDAD:
Los conceptos emitidos en este trabajo son de responsabilidad de
los autores.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN _____

JUSTIFICACIÓN _____

OBJETIVOS _____

MARCO TEÓRICO _____

 Cáncer _____

 Definición _____

 Factores de riesgo _____

 Cáncer de próstata _____

 Definición _____

 Factores de riesgo _____

 Diagnóstico _____

 Tratamiento _____

 Pronostico _____

 Epidemiología _____

 Prevención _____

 Niveles _____

 Modelos _____

 Control de variables _____

Conductas promotoras y preventivas _____

Campañas actuales _____

CONCLUSIONES _____

DISCUSIÓN _____

RECOMENDACIONES _____

PROPUESTA PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL
CÁNCER DE PRÓSTATA EN LA COSTA ATLÁNTICA
COLOMBIANA _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Estadificación del cáncer de próstata según el sistema
TNM

Tabla 2. Clasificación de los tumores malignos en la glándula prostática
según la Organización Mundial de la Salud

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	Registro de conductas preventivas
Anexo 2	Examen de conocimiento, sesión II
Anexo 3	Autoexamen de factores de riesgo
Anexo 4	Factores que influyen en la decisión
Anexo 5	Evaluación de estrategias publicitarias
Anexo 6	Prueba de autoeficacia
Anexo 7	Esquemas sociales
Anexo 8	Aprobación social
Anexo 9	Datos de identificación
Anexo 10	Estrategias publicitarias.

INTRODUCCIÓN

“El verbo prevenir se debe conjugar siempre en presente pues en el futuro, puede ser demasiado tarde”

Buela Casal y cols. (1997)

Según los datos epidemiológicos de la población colombiana, ofrecidas por el Instituto Nacional de Cancerología (INC), el cáncer de próstata ocupó el séptimo lugar dentro de los tipos de cáncer más frecuentes en el país en el año 2000, esta afección fue detectada en 112 casos y el quinto en el tipo de cáncer más frecuente en los hombres, después del cáncer de piel, estómago, sistema hematopoyético y ganglios linfáticos. Además todos los nuevos casos se encontraron en varones mayores de 40 años (Instituto Nacional de Cancerología, 1999)

Para llevar a cabo programas que ayuden a disminuir la prevalencia del cáncer de próstata, es necesario establecer un marco de referencia conceptual y revisar las investigaciones que, con base en la prevención, permitan reconocer factores de riesgo de cáncer y específicamente de cáncer de próstata, diagnóstico, tratamientos, epidemiología, modelos explicativos del comportamiento de salud, prevención y especialmente los programas actuales de prevención. Así mismo, el decremento en la prevalencia de cáncer de próstata sugiere la necesidad de una posición crítica y analítica frente a los resultados de los diferentes intentos realizados, lo que incrementará la probabilidad de ofrecer nuevas y efectivas alternativas.

Los resultados de investigaciones recientes como la de Flórez (2000), buscan los métodos más efectivos y eficaces para prevenir el cáncer, pero aunque existen varios métodos preventivos, no se pudo establecer cuál de ellos garantiza mejores resultados, pues hubo en general un diverso control de variables al momento de la aplicación. En la población colombiana, investigaciones como ésta (Flórez, 2000), sugieren que la disminución de la percepción de invulnerabilidad al riesgo aumentaría las conductas preventivas, mientras que en la población de la costa, existen pocos programas específicos para la prevención del cáncer de próstata. No obstante, algunos de estos programas son los que realizan ciertas aseguradoras de riesgos profesionales (A.R.P), a través del PSA que permite la medición del Antígeno Prostático Específico en la sangre. Los resultados de este examen indican la probabilidad de que un hombre pueda desarrollar, cáncer de próstata (Hernández, 2003). Sin embargo, se desconocen los resultados de estos programas a nivel interhospitalario, ni a nivel regional, pues no existe un observatorio, centro o ente de control epidemiológico a nivel de la Costa Atlántica.

JUSTIFICACIÓN

El cáncer es un problema de salud, cuyas consecuencias en términos de la morbimortalidad que produce, es estadísticamente significativa. Lo anterior sugiere la necesidad de que los profesionales de la salud, cada uno desde su especialidad en general, pero en un permanente trabajo interdisciplinario se esfuercen en dar respuesta efectiva a este problema. El tratamiento integral del paciente con cáncer debe contemplar los tres niveles de prevención, favoreciendo así el desarrollo de estrategias evaluativas y terapéuticas que vayan desde el control de la exposición al riesgo, en una fase preclínica, hasta la detección precoz, la rehabilitación y los cuidados paliativos en las fases clínicas.

Históricamente, el diagnóstico de cáncer ha sido sinónimo de muerte, y en los siglos XVIII y XIX con frecuencia el enfermo era enviado a su casa a morir en el silencio y el misterio del estigma asociado con el cáncer. Hacia mediados del siglo XX se evidencia un cambio socialmente significativo frente al cáncer: El diagnóstico se revelaba a los familiares del paciente y se estimulaba la expresión de sentimientos de dolor y desesperanza. No obstante, aún en la actualidad, el cáncer continúa estigmatizando tanto al paciente como a sus familiares pues no se ha encontrado una alternativa absoluta de curación aunque los avances científicos reflejan los permanentes esfuerzos por ofrecer mejores alternativas terapéuticas eficaces. Actualmente se han encontrado tratamientos que pueden llegar a ser curativos, si el cáncer es diagnosticado

en estadios tempranos. Además tratamientos como la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía han alcanzado un grado importante de refinamiento y han demostrado efectos en la disminución tumoral y/o en la desaparición de los mismos.

A pesar de ser la detección temprana un método que actualmente se constituye en una alternativa para el control del cáncer, los datos epidemiológicos muestran un incremento a nivel mundial de morbimortalidad del cáncer, lo que puede explicarse entre otras por 1) el aumento y mantenimiento de las conductas de riesgo, por ejemplo el 90% de muertes de cáncer de pulmón e varones y un 80% en mujeres se atribuye al hábito de fumar cigarrillos (Heusinkveld, citado por Brannon, 2000); 2) el incremento del daño al medio ambiente crea factores de riesgo medioambientales, por ejemplo exposiciones a radiaciones, exposiciones a los rayos ultravioletas solares debido a daño en la capa de ozono; 3) la historia genética a nivel familiar aumenta la vulnerabilidad al cáncer, por ejemplo un tercio de mujeres con cáncer de mama presentan antecedentes familiares de esta enfermedad (Esplen y cols, 1998, citados por Brannon, 2000).

Los programas de prevención primaria del cáncer se consolidan como una estrategia válida en el control epidemiológico de la enfermedad, cuyas consecuencias no solo afectan en el beneficio y aumento en los niveles de cada uno de los pacientes y de su familia, sino en los costos que disminuyen significativamente para el sistema de salud Colombiano.

PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué programas se realizan en la Costa Atlántica para la prevención primaria del cáncer de próstata?

¿Cómo plantear una propuesta, basada en el Modelo de Adopción de Precauciones, de un programa de prevención primaria para el cáncer de próstata, para la población de la Costa Atlántica Colombiana?

OBJETIVOS

Objetivo general

Realizar un trabajo monográfico sobre el cáncer de próstata y con base en la información obtenida, diseñar una propuesta desde la psicología de la salud para la prevención primaria de este tipo de cáncer.

Objetivos específicos

Realizar una revisión bibliográfica actualizada sobre temas relacionados con la prevención primaria de la enfermedad, la promoción de la salud, el cáncer y el cáncer de próstata.

Revisar los datos epidemiológicos a nivel nacional y regional sobre cáncer de próstata.

Conocer los programas de prevención primaria para el cáncer de próstata que se estén desarrollando en la ciudad de Cartagena

MARCO TEÓRICO

Cáncer

Definición

La palabra *cáncer* es una palabra genérica que engloba varios conceptos como: “En realidad no hay cáncer, sino un centenar de enfermedades cancerosas con unas mil variedades histopatológicas” (Valladares, 1999), según la liga colombiana de lucha contra el cáncer (2002), “La palabra cáncer no indica una sola enfermedad, sino un concepto que engloba más de 100 enfermedades”. “El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células (neoplásicas) que crecen y se extienden sin control. Estas células pueden ser benignas o malignas y ambas clases de células neoplásicas pueden ser peligrosas” (Brannon y Feist, 2001).

Lo anterior sugiere que la complejidad en el concepto de cáncer evidencia que éste no es una sola enfermedad, sino que hace referencia a un conjunto de enfermedades cuyas características son: “1) un aumento del número de células sobre el que es normal para el funcionamiento del organismo, a lo que se llama *hiperplasia* 2) un cúmulo en forma de masa o bulto, conocido como *neoplasia*; como excepción, gran parte de la masa se dispersa en la sangre en las leucemias; 3) una serie de anomalías en la forma y función de las células, designadas como *heterotipia*; y 4) un metabolismo incompatible con la vida del organismo portador, es decir, que

es *intrínsecamente deletéreo*".(Valladares, 1999). Las manifestaciones de estas células reflejan la localización del tumor en determinado órgano o sistema, o los efectos a distancia debidos a enfermedad metastásica o a los efectos de sustancias secretadas por el tumor que repercuten en la función de órganos a distancia (Herrera, 2000).

Factores de Riesgo

Según Brannon (2000), los factores de riesgo para contraer cualquier tipo de cáncer pueden ser de tipo conductual y psicológico algunos. Otros autores como Valladares (1999), los clasifican en factores exógenos como agentes físicos (radiaciones ultravioletas, radiaciones ionizantes e irritación crónica), agentes químicos inorgánicos y orgánicos, agentes biológicos, que pueden ser víricos, parasitarios o bacterianos; y por agentes endógenos como la predisposición genética y las alteraciones cromosómicas. Para la Asociación Española Contra el Cáncer (1995), la responsabilidad en la aparición de la enfermedad es en un 85% de los factores exógenos o ambientales.

Factores de riesgo conductuales

Dentro de los Factores de riesgo conductuales o estilos de vida que favorecen el desarrollo del cáncer, se encuentran el consumo de tabaco, la dieta, el consumo de alcohol, la exposición a los rayos ultravioleta y algunos tipos de conductas sexuales (Brannon, 2001). Investigaciones como las de Heusinkveld (1997), muestran que el 80% de muertes en mujeres y el 90%

en hombres, por cáncer de pulmón son consecuencia del hábito de fumar cigarrillo, según Brannon (2001), los métodos utilizados para correlacionar los hábitos de fumar con el cáncer de pulmón han establecido un vínculo tan claro que los epidemiólogos no están realizando investigaciones en esta área y actualmente están analizando los riesgos que corren los fumadores pasivos. Otro de los factores de riesgo conductuales es la dieta. Según Brannon (2001), una práctica dietética inadecuada suele relacionarse con cáncer de mamá, estómago, útero, endometrio, recto, colon, riñón, intestino delgado, páncreas, hígado, ovarios, vejiga, próstata, boca, faringe, tiroides y esófago. Algunos alimentos en descomposición son un factor de riesgo para cáncer de estomago, las grasas saturadas como las proteínas animales están relacionadas con cáncer de mama. Según Shekelle, Rossof y Stamler (1991), los hombres que presentaban elevados niveles de colesterol presentaban una probabilidad mayor de contraer cáncer de pulmón que los hombres que consumían una cantidad escasa de colesterol. Según Brannon (2001) el consumo de alcohol se ha relacionado con cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, pecho e hígado; no obstante, investigaciones como las del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (USDHHS, 1993), muestran bajo índice de mortalidad por cáncer a causa de ingesta de alcohol. Por su parte Vaeth y Satariano citados por Brannon (2001), respaldan la idea de que el alcohol puede incrementar el riesgo de desarrollar cáncer de mama en algunas mujeres. Aunque dicho riesgo no es tan elevado en la población femenina en general. La actividad física como el ejercicio fue relacionada en mujeres como un factor de contraer cáncer de mama (Pafferbarger y Hsiesh, 1987) pero investigaciones como las de

Thune, Brenn, Lund y Gaard citados por Brannon (2001) muestran que las mujeres con rutinas de ejercicios de más de 4 horas semanales reducen el riesgo de desarrollar cáncer de mama; Estudios parecidos como los de Paffenbarger y Hsieh (1987) citados por Brannon (2001) con hombres muestran que la actividad física puede ser un factor protector contra el cáncer de próstata, ya que modera la producción de testosterona (hormona que puede incrementar el riesgo de incrementar el riesgo de desarrollar un tipo de neoplasia). La exposición frecuente de baños de sol sin protección solar ha sido relacionada con cáncer de piel (Koh y cols., 1997). Como último factor de riesgo conductual, se encuentran algunas conductas sexuales tales como múltiples compañeros sexuales, la edad temprana, embarazo temprano, están asociadas con cáncer de cerviz, vaginal y de ovario. Aunque investigaciones como las de Levy, (1985), muestran que pueden existir ventajas en el embarazo temprano con relación al cáncer de mama.

Factores medioambientales

Los factores medioambientales suelen exceder el control personal del hombre y la exposición a algunos de ellos ha sido correlacionada con el desarrollo de neoplasias, por ejemplo, las exposiciones a radiaciones, el asbesto, los pesticidas y otras radiaciones (valladares,1999). Según valladares (1999), estas exposiciones pueden ser de agentes físicos como rayos ultravioleta y radiaciones ionizantes (principales agentes cancerígenos), agentes químicos como hidrocarburos aromáticos policíclicos, y otros 800 agentes químicos relacionados con cáncer.

Factores psicológicos

Según Brannon (2001), estos factores no son determinantes, pero pueden interactuar con factores inherentes y conductuales y aumentar la probabilidad de desarrollar cáncer. Dentro de estos factores están la inhibición de las emociones (negar las experiencias desagradables, la incapacidad de expresar emociones positivas o negativas); un estudio de Morris y Green (1978) citados por Brannon (2001), estableció una relación entre la inhibición de las emociones y el cáncer en mujeres. Otro estudio de Dattore, Shontz y Coiné (1980) citados por Brannon (2001), muestran esta correlación positiva en hombres. La depresión también puede ser causa de desarrollar cáncer. Investigaciones como las de Dattore y cols. (1980) citados por Brannon (2001), muestran una relación positiva entre pacientes oncológicos y una puntuación elevada en la escala de depresión del MMPI antes de desarrollar el cáncer; aunque después de analizar estos trabajos entre depresión y cáncer Spiegel y Kato (1996) concluyeron que existe una base endeble para establecer una relación entre la depresión y el cáncer.

Factores interrelacionados

Investigaciones como las de Grossarth, Maticek y Vetter (1998), establecen una relación positiva entre dos factores de riesgo juntos como el tabaco y la personalidad; también otros estudios como el de Grossarth Matiecek y Eysenck (1998) muestran una alta relación positiva entre factores como tabaco, herencia, bronquitis crónica y estrés, con cáncer de pulmón. De estas investigaciones se puede concluir que a mayor exposición a factores de riesgo mayor probabilidad de llegar a desarrollar cáncer.

Cáncer de Próstata

Definición

La próstata es una de las glándulas sexuales masculinas. Es una glándula pequeña (cerca del tamaño de una nuez) y sirve para la producción de líquido seminal que forma parte del semen o esperma. Está ubicada encima del recto y debajo de la vejiga de la orina. La próstata rodea la uretra -el tubo que lleva la orina desde la vejiga al pene- como una especie de "flotador", en el punto donde la uretra se conecta a la vejiga. Por ello, cuando la próstata crece, hay dificultades al orinar o en las relaciones sexuales (Miller y cols, 1991)

Las diferentes neoplasias que se pueden presentar en la glándula prostática, afectan su funcionamiento causando los síntomas o signos de su presencia, según Miller y Croghan (1991), estos son: insuficiencia renal y hematuria, estas pueden ser flujo de orina débil o interrumpido, dificultad en comenzar o dejar de orinar, necesidad de orinar con frecuencia (noche), escozor doloroso al orinar; sangre en la orina; dolor óseo y dolor continuo en parte inferior de espalda, pelvis o muslos superiores.

factores de riesgo para el cáncer de próstata

Los factores de riesgo no causan necesariamente una enfermedad, sino que permiten predecir la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o muera a causa de la misma. Según Brannon (2001), la mayor parte de los factores de riesgo de desarrollar cáncer dependen de la

conducta personal y el estilo de vida, especialmente en lo que respecta a hábitos como el tabaquismo y la dieta. En el caso específico del cáncer de próstata, Walsh y Cols. (1988), sugieren cuatro factores de riesgo de cáncer de próstata, estas son predisposición genética, influencias hormonales endógenas, exposición a carcinógenos químicos ambientales y agentes infecciosos de transmisión sexual.

Predisposición Genética.

Estudios como los de Wolf y Schuman (1981) citados por Walsh y cols. (1988), han informado una mayor incidencia en cáncer prostático entre parientes de pacientes con tal carcinoma. Se han informado de diferencias nacionales y raciales, Wynder y cols. (1971) citados por Walsh y cols. (1988), muestran que los países del norte europeo y del norte de América tienen tasas relativamente elevadas, los países latinoamericanos, sudamericanos y del sur europeo presentan tasas intermedias, y los países del este europeo y del lejano oriente presentan tasas relativamente bajas. Kurth, Mickisch y Schroder (1998) hablan sobre diferencias en la transmisión de genes que pueden influenciar en la aparición de cáncer de próstata y en la diferencia de transmisión de estos genes, en los países japoneses norteamericanos y europeos, mostrando una incidencia mas baja en los japoneses. En contraste con las diferencias raciales y nacionales en la incidencia del cáncer prostático clínicamente manifiesto estudios como los de Hutchison (1981) muestran que la prevalencia del cáncer prostático incidental encontrado en al autopsia es similar en todas las razas y en la mayoría de los países, sugiriendo que las diferencias en la incidencia de cáncer prostático puede existir solamente en la forma clínicamente

manifiesta de la enfermedad.

Factores hormonales

En investigaciones realizadas por Ross y cols, citados por Kurth, Mickisch y Schroder (1998), muestran que la baja actividad de andrógenos en asiáticos podría ser causa de una baja probabilidad de desarrollar cáncer de próstata, en relación con los hombres afroamericanos, y que esto podría estar influenciado en las diferencias genéticas de ambos grupos. Otras observaciones realizadas por Noble (1977) y Moore (1936), citados por Walsh y Cols (1988), han sugerido que los factores hormonales pueden ser etimológicamente importantes en el desarrollo del cáncer de próstata, estos incluyen, 1. la dependencia androgénica de la mayoría de los tipos de cáncer de próstata, 2. el hecho de que el cáncer prostático no aparece en los eunucos, 3. el hecho de que el cáncer prostático puede ser inducido en las ratas mediante la administración crónica de estrógenos y andrógenos y la frecuente asociación histológica de cáncer prostático con áreas de atrofia prostática esclerótica. Franks (1973) citado por Walsh (1988), sugiere que el papel más importante de los factores hormonales en la causa del cáncer prostático puede ser de tipo permisivo al ser necesario el andrógeno para sostener el epitelio prostático, pero la transformación neoplásica es inducida por otros mecanismos.

Factores ambientales

Se han identificado varios factores ambientales gracias a estudios epidemiológicos como los de Winkelstein y Ernest (1979), que sugieren un posible papel etiológico para carcinógenos químicos o promotores del cáncer de próstata, estos incluyen la exposición al humo de escape de los

automóviles, fertilizantes y sustancias químicas en las industrias de goma, imprenta, pintura y naval. Sin embargo algunos de estos estudios epidemiológicos no han sido controlados en forma adecuada, por lo tanto la validez de estas asociaciones puede estar sujeta a controversias. (Shaw,1987)

Factores conductuales

Según Karl y cols (1998), la ingesta de alimentos con grasa, ha sido correlacionada fuertemente con el incremento del riesgo de desarrollar cáncer de próstata, estos estudios también fueron confirmados por Balir y Fraumeni (1975) citados por Walsh (1988). Otro factor conductual mencionado por Brannon (2001), es la actividad física, aunque los datos son contradictorios, ya que investigaciones como las de Le Marchand, Kolonel y Yoshizawa (1991) citados por Brannon (2001), mostraron que los hombres de edad más avanzada que habían llevado una vida fundamentalmente sedentaria o habían desarrollado trabajos de baja actividad presentaban niveles inferiores de cáncer de próstata que los hombres que habían trabajado en mayor medida o cuyos trabajos eran más activos; en contraste Paffenbarger y cols. (1980) citados por Brannon (2001), midieron toda clase de actividad y establecieron que los hombres físicamente activos presentaban tasas de cáncer mucho más bajas frente a aquellos que practicaban poco ejercicio o ninguno, ya que estas actividades moderaban la producción de hormonas que parecen incrementar el riesgo de padecer cáncer de próstata. Esta última teoría, parece ser más acertada ya que según Brannon (2001), en el primer estudio les hizo falta la valoración de actividades recreativas, las cuales pueden afectar todos los niveles de

actividad, y la última teoría, parece apoyar las hipótesis hormonales como factor de riesgo de cáncer de próstata. Un último factor conductual se trata sobre las prácticas sexuales de los hombres, ya que algunos agentes infecciosos que pueden aumentar la probabilidad son transmitidos por vía sexual, estudios epidemiológicos como los de Steele y cols (1971) han sugerido conductas como un mayor número de compañeros sexuales, una historia previa de enfermedad sexual, relación con trabajadoras sexuales, relaciones sexuales extramatrimoniales y edad temprana de comienzo de actividad sexual.

Agentes Infecciosos

Las investigaciones sobre agentes infecciosos no han brindado resultados concluyentes (Walsh, 1988, Pág. 1580). Pero investigaciones como las de Paulson y col. (1968), muestran al virus ADN y el SV-40, como agentes que podrían inducir la transformación neoplásica de células prostáticas de hamster in vitro, mas aun los anticuerpos neutralizantes del SV-40 fueron hallados en el suero de algunos pacientes con cáncer prostático. Otros estudios como los de Centifano y cols.(1973) citados por Walsh (1988) también hallaron el virus de herpes simple tipo 2 en un cáncer prostático humano, este virus podía inducir la transformación neoplásica in vitro en células de embrión de hamster. Investigaciones años mas adelante con humanos, como las de Herbert y cols. (1976) citados por Walsh (1988) informaron que se hallaban estos virus en porcentajes significativos de pacientes con cáncer prostático. Otros virus como CMV, también puede inducir la transformación neoplásica de células; el virus ARN, parece que se encuentra en la actividad de la transcriptasa inversas en

el tejido del cáncer prostático humano. Según la Asociación Española contra el Cáncer enfermedades como la prostatitis y calculosis de la glándula también pueden ser factores predisponentes.

Diagnóstico

Temprano en el curso de la enfermedad, el cáncer de próstata puede no producir síntomas. La única evidencia clínica del cáncer puede ser la induración de la próstata al tacto rectal. La induración se encuentra presente en la mayoría de los cánceres prostáticos, aunque en algunos puede ser sutil. La próstata normal tiene el tamaño de una avellana y la consistencia de la punta de la nariz. El cáncer prostático tiene en general una consistencia dura y puede producir un nódulo discreto o una consistencia glandular uniformemente firme (Walsh y cols, 1988).

La hematuria es un síntoma de presentación infrecuente del cáncer de próstata. Cuando aparece, usualmente la hematuria está asociada con la obstrucción, con la infección o con ambas. Los signos y síntomas de presentación del cáncer prostático en muchos pacientes están relacionados con las metástasis a distancia. Estos incluyen dolor óseo , pérdida de peso , anemia , disnea, linfedema, síntomas neurológicos y adenopatías (Walsh y cols, 1988).

Codificación o Clasificación por Estadios

Cuando existe la sospecha de cáncer, hay que realizar un diagnóstico y luego determinar el estadio. El diagnóstico confirma la malignidad y determina el tipo de cáncer y su localización. El estadio establece la

extensión y el curso natural previsto de la enfermedad; dicha información es necesaria para planificar el tratamiento, indicar el pronóstico, evaluar los resultados y contribuir a la investigación del cáncer. Existen varios sistemas de clasificación o clasificación por estadios, pero según Knopp y Croghan (1991), el método más común se denomina el sistema TNM. Las letras representan las características determinadas de un tumor. La T se refiere al tamaño del tumor primario, La N al grado de propagación local a los ganglios linfáticos regionales, y la M indica la presencia de metástasis.

Según Martínez, Jiménez y Capdeville (2000), la estadificación del cáncer de próstata, presenta ciertas características de acuerdo al sistema de Whitmore-Jewett (TNM) (tabla1)

Tabla 1. *Estadificación del cáncer de próstata según el sistema TNM*

Estadio	Características
A	T1 Incidental (hallazgo postoperatorio en pieza de RTU o Prostatectomía abierta)
A1	T1A el tumor constituye menos del 5% del total del tejido o Tumor es bien diferenciado o ambas cosas
A2	T1B mas del 5% del total del tejido es tumoral o existe una cantidad cualquiera de tumor mal diferenciado
A3	T1C por incremento del antígeno prostático específico se indican biopsias que resultan positivas
B	T2 el tumor esta clínicamente limitado a la glándula
B1	T2A existe un nódulo tumoral palpable limitado a un lóbulo prostático menor de 1.5 cms
B2	T2B existe un nódulo mayor de 1.5 cms o afección de ambos lóbulos
C1	T3 hay una invasión a la cápsula, cuello vesical o ápex

C2	T4 invasión a órganos adyacentes
D	D enfermedad diseminada
D1	N+ invasión ganglionar N1 un solo ganglio menor de 2 cms N2 un solo ganglio mayor de 2 cms, pero menor de 5 cms o múltiples ganglios N3 enfermedad ganglionar mayor de 5 cms
D2	M+ existe metástasis a distancia.

Nota. Tomado y adaptado de Martínez, P; Jiménez, M; Capdeville; D. (2000)Manual de Oncología. Pag 443.méxico: Mac Graw Hill

Patología

La patología o clasificación del tumor sirve como complemento para realizar un diagnóstico completo del cáncer de próstata, ya que ayudará a tomar las decisiones respectivas con la información del estadio y del tumor. (Martínez y cols. 2000). Los tumores malignos han sido clasificados en grandes grupos, según sus características histológicas (ver tabla 2).

Tabla 2. *Clasificación de los tumores malignos en la glándula prostática según la Organización Mundial de la Salud*

Clasificación	Tipos
Epiteliales	<ul style="list-style-type: none"> • Adenocarcinoma • Acinar pequeño • Acinar grande • Cribiforme • Macizo/trabecular • Otros (endometriode, papilifero, cistoadenocarcinoma papilifero, mucinoso, quístico adenoideo) • Carcinoma de células transicionales • Carcinoma de células escamosas • Carcinoma indiferenciado

No epiteliales	} <ul style="list-style-type: none">• Rbdomiosarcoma• Leiomiosarcoma• Otros (fibrosarcoma, histiocitoma fibroso maligno)
Misceláneos	} <ul style="list-style-type: none">• Carcinoide• Carcinosarcoma• Melanoma maligno• Tumor phyllodes

Nota. Tomado y adaptado de Walsh (1988). Urología. Pag 1581. Argentina.

Editorial Medica Panamericana S.A.

Instrumentos y procedimientos que ayudan al diagnóstico

Algunas pruebas para examinar la próstata y la sangre se emplean para ayudar a detectar (encontrar) y diagnosticar el cáncer de próstata. Las siguientes pruebas y procedimientos pueden ayudar a detectar el cáncer de próstata. (Lewis y Spangler,1988)

Examen digital rectal, el médico o la enfermera inserta un dedo enguantado y lubricado dentro del recto y palpa la próstata a través de la pared rectal en busca de bultos o áreas anormales. (Lewis y Spangler,1988)

Antígeno prostático específica (APE), es una prueba de laboratorio que mide los niveles del APE en una muestra de sangre; el APE es una sustancia producida por la próstata que se puede encontrar en mayor cantidad en la sangre de varones que tienen cáncer de próstata; los niveles de APE también pueden estar elevados en varones que sufren una infección o una inflamación de la próstata, o una hiperplasia prostática benigna (aumento de tamaño de la próstata de origen no canceroso). (Lewis

y Spangler, 1988)

Ecografía transrectal, Es un procedimiento que se usa para examinar la próstata, se inserta un instrumento llamado traductor transrectal y las ondas de sonido rebotan contra la próstata y se devuelven; estas ondas de sonido crean ecos, los cuales son usados por una computadora para generar una imagen denominada sonograma; la ecografía transrectal también se puede usar durante una biopsia. (Lewis y Spangler, 1988)

Biopsia, es la extracción de células, tejidos o líquido que luego se ven bajo el microscopio con el propósito de buscar los signos de la enfermedad, existen dos tipos de procedimientos de biopsia que se emplean para diagnosticar el cáncer de próstata. (Lewis, Spangler,1988)

Biopsia transrectal, se inserta una aguja a través del recto hasta la próstata y se extrae una muestra del tejido prostático, este procedimiento se suele practicar con ecografía transrectal para ayudar a guiar la aguja. (Lewis y Spangler,1988)

Biopsia transperineal, se inserta una aguja a través de la piel entre el escroto y el recto hasta la próstata y se extrae una muestra de tejido prostático; un patólogo examina la muestra en busca de células cancerosas y determina la puntuación de Gleason, esta puntuación de Gleason va desde 2 hasta 10 y describe qué tan posible es que un tumor se disemine, cuanto más baja la puntuación, menor la probabilidad de diseminación del tumor,

ciertos factores afectan el pronóstico (la probabilidad de recuperación) y la elección del tratamiento; el pronóstico y la elección del tratamiento dependen de la etapa del cáncer (ya sea que afecte parte de la próstata, que involucre toda la glándula o que se haya extendido a otras partes del organismo), la puntuación de Gleason, el nivel del APE y la edad y la salud general del paciente (Lewis y Spangler,1988)

Tratamiento de cáncer de próstata

El tratamiento del cáncer de próstata debe ser individualizado, y deben considerarse muchos factores, sobre todo, la etapa de la enfermedad, los antecedentes médicos generales del paciente, la edad, el estado general de salud, la esperanza de vida (Sabiston, 1995). Los tratamientos por excelencia para el cáncer de próstata son la cirugía y la quimioterapia, hormonoterapia y/o inmunoterapia.

Cirugía

La cirugía para el cáncer de próstata varía de extirpar sólo el crecimiento canceroso, a la extirpación de toda la próstata y de los ganglios linfáticos circundantes (Sabiston, 1995) y por lo general es de alguno de estos tipos: Prostatectomía radical, resección transuretral o criocirugía.

Prostatectomia radical. Consiste en la extirpación de la próstata y parte del tejido que la rodea, la cirugía se puede realizar mediante una

incisión en el espacio situado entre el escroto y el ano (prostatectomía perineal) o mediante una incisión en el abdomen inferior (prostatectomía retropúbica); la prostatectomía radical se lleva a cabo sólo si el cáncer no se ha diseminado fuera de la próstata; en algunos casos de cáncer de próstata avanzado, puede estar indicada la extirpación de los testículos -estas dos glándulas son el productor principal de la hormona masculina testosterona en el cuerpo, la cual estimula el crecimiento del cáncer de la próstata; los efectos colaterales principales de la extirpación de próstata son la impotencia (incapacidad para tener o mantener una erección) y la incontinencia urinaria (incapacidad para controlar la función urinaria); generalmente son temporales, pero en algunos casos pueden ser permanentes (Sabiston, 1995).

Resección transuretral. Consiste en la extirpación del tumor empleando un instrumento que se introduce en la próstata a través de la uretra; esta operación a veces se hace para aliviar los síntomas causados por el tumor antes de aplicar otro tratamiento, o en los hombres que no pueden soportar una prostatectomía radical debido a la edad u otra enfermedad. (Sabiston, 1995).

Criocirugía. Un tipo de cirugía en la que el tumor se destruye por congelamiento (Veronesi, 1991).

Además de la cirugía, para tratar el cáncer de próstata pueden estar indicadas una o varias de las siguientes alternativas terapéuticas:

Radiaciones ionizantes (radioterapia), medicamentos antineoplásicos (quimioterapia), hormonas (hormonoterapia) y terapia biológica o inmunoterapia (uso del sistema inmune del cuerpo para combatir el cáncer) (Veronesi, 1991).

Terapia hormonal

Las hormonas masculinas (especialmente la testosterona) pueden contribuir al crecimiento del cáncer de próstata. Para detener el crecimiento del cáncer, se pueden administrar hormonas femeninas (estrógenos) o unos medicamentos llamados agonistas LHRH que reducen la cantidad de hormonas masculinas. El motivo es el mismo que en algunas ocasiones lleva a una extirpación de los testículos (orquiectomía) con el fin de impedir que estos produzcan testosterona. Este tratamiento se usa generalmente en hombres con cáncer de próstata avanzado. El propósito de la terapia biológica o terapia modificadora de la respuesta biológica (BMR) es el de tratar de que su mismo cuerpo combata el cáncer. Para ello se utilizan materiales producidos por el propio cuerpo (o síntesis idénticas de laboratorio) para reforzar, dirigir o restaurar las defensas naturales del cuerpo contra la enfermedad (Veronesi, 1991).

Pronóstico

El pronóstico del cáncer de próstata depende del estadio, la puntuación Gleason, el nivel del APE y la edad y la salud general del paciente (Escudero, 1991).

Los estadios están dados en términos del tiempo de sobrevida o

supervivencia estimada para el paciente según las características de la enfermedad. Así, los estadíos A y B se refieren a supervivencias de $78 \pm 4.8\%$ y $39 \pm 8.4\%$ a los 5 y 15 años respectivamente.; mientras que en el estadio C las supervivencias son menores $59 \pm 6\%$ a los 5 años y $30 \pm 7.4\%$ a los 15 años. Por ejemplo, un enfermo con un tumor estadio D1 tiene un 58% de posibilidades de sobrevivir a los 5 años; las cuales descienden considerablemente cuando se diagnostican metástasis a distancia. (Escudero, 1991).

Epidemiología del Cáncer de Próstata

La incidencia de un cáncer se define como el número de nuevos casos informados por cien mil habitantes por año. La prevalencia se define como el número de casos existentes en la población en un momento dado. Y la tasa de mortalidad se define como el número de muertes causadas por cáncer por cien mil habitantes por año (Catalona y Scott, 1988).

Los datos epidemiológicos varían dependiendo de factores como la edad, el sexo, la nacionalidad, factores socioeconómicos, cultura, etc. En el cáncer de próstata se pueden observar estas variables, por ejemplo la edad, se estima que a mayor edad, mayor el riesgo de desarrollar cáncer de próstata (Escudero, 1994). Otro ejemplo es que se han encontrado algunas diferencias en la incidencia y mortalidad entre poblaciones de países orientales y de países occidentales, evidenciándose que los segundos tienen tasas más altas de cáncer que los primeros (Wynder y col (1971) citados

por Walsh, 1986); (Kurth, Mickisch y Schroder, 1998).

En la población colombiana se pueden observar diferencias en la prevalencia, incidencia y mortalidad, según los datos suministrados por el Instituto Nacional de Cancerología (1999-2000)

A nivel nacional

Para la recolección de los datos que ayudaran a establecer la incidencia, prevalencia y mortalidad de los diferentes tipos de cáncer en la población colombiana el gobierno nacional creó una institución de carácter público (Empresa Social del Estado) que se dedica a asesorar, y a asistir al Ministerio de Salud en la determinación, fijación y evaluación de las políticas, programas, proyectos y actividades de investigación, docencia, prevención y atención del cáncer (artículo 2º, decreto 1177 de 1999, Colombia). Esta institución mantiene y actualiza por años los datos epidemiológicos del cáncer en el país, lo que, entre otros, ha permitido establecer que las características epidemiológicas más sobresalientes entre 1999 y 2001, con relación al cáncer de próstata en el país son:

- ✓ El cáncer de próstata ocupa el séptimo lugar dentro de los tipos de cáncer más frecuentes en el país en los años 1999 a 2001
- ✓ El quinto en el tipo de cáncer más frecuente en los hombres.
- ✓ El mayor porcentaje de cáncer de próstata se encontró entre los 40 y 80 años.
- ✓ En el año 1999, 2000 y 2001 en Colombia por diagnóstico histológico, en la glándula prostática, se registra un aumento de casos, mantenido el adenocarcinoma SAI su primer lugar desde

1999. El numero de casos va desde el 99 con 96 casos, el 2000 con 121 y el 2001 con 140.

A nivel regionales y local

El Instituto Nacional de Cancerología, al momento de presentar los datos epidemiológicos regionales, solo muestra la distribución de aparición de nuevos casos de cáncer en las diferentes regiones colombianas, mas no describe los tipos de cáncer por región, o los tipos de cáncer y edades en las regiones, u otras variables relevantes en la aparición de nuevos canceres en cada región. Para la obtención de estas variables sociodemográficas relacionadas a cada tipo de cáncer es necesario investigar en cada una de las instituciones que trabajan con pacientes con cáncer, ya que además, no existe una entidad que pueda unificar todos los datos de las diferentes instituciones que trabajan con pacientes oncológicos en la costa atlántica. (Hernández, 2003. Entrevista personal).

En la Ciudad de Cartagena, clínicas como Cartagena de Indias (Policía Nacional) y Clínica Enrique de la Vega (I.S.S), presentan algunos datos como:

En la clínica Cartagena de Indias, se presentaron 16 casos nuevos de hombres con problemas prostáticos en el año 2001 y 2002, en los que sobresalen:

- El 12.5% se presentó en hombres de 50-60 años
- El 50% se presentó en hombres de 61-70 años
- El 37.5 se presentó en hombres de 71-80 años
- El 50% de las impresiones diagnósticas, fueron hiperplasia Prostática Benigna vs Cáncer de Próstata, en los que solo el diagnostico de Cáncer de Próstata se presento en 1 solo caso.

En la clínica Enrique de la Vega (I.S.S.), en consulta externa se encontraron:

- 26 nuevos casos de cáncer de próstata en el año 1998
- 12 nuevos casos de cáncer de próstata en el año 1999
- 16 nuevos casos de cáncer de próstata en el año 2000
- 34 nuevos casos de cáncer de próstata en el año 2001
- 42 nuevos casos de cáncer de próstata en el año 2002
- 15 nuevos casos de cáncer de próstata hasta el mes de marzo en el 2003.

Estos pacientes fueron atendidos por consulta externa por presentar síntomas típicos del cáncer de próstata y algunos llegaron por exigencia laboral (De león, 2003).

En la Clínica Madre Bernarda, se encontró que:

En el año 2000

- El 40% de la población que fue diagnosticado en estadio I y II, en un rango de edades entre 60 y 70 años

Prevención primaria del cáncer de próstata

- El 40% de la población que también fue diagnosticada en estadio I y II, se encontró entre los 71 y 80 años.
- El 20% de la población diagnosticada en estadios I y II, se encontró entre los 81 y 90 años.

En el año 2001:

- El 60% de la población diagnosticada en estadios I y II, se encontró entre los 60 y 70 años
- El 40 % de la población diagnosticada en estadios I y II se encontró entre los 71 y 80 años

En el año 2002:

- Los datos solo muestran 6 casos de cáncer de próstata en los meses de febrero a mayo.

Otras instituciones que trabajan con pacientes oncológicos son la Sociedad de Cancerología de la costa y Centros Oncológicos Privados.

La sociedad de Cancerología de la Costa, es una institución prestadora de salud cuyos objetivos se dirigen a lograr una adecuada prestación de servicios médicos especializados acorde a los lineamientos en la ley 100 de 1993. Presta servicios en la Costa Atlántica a las diferentes Entidades Promotoras de Salud a nivel de consulta médica, interconsultas, asistencia domiciliaria al paciente terminal, juntas médicas, visitas hospitalarias, programa especial para pacientes hemato-oncológicos, banco de fármacos antineoplásicos, entre otros.

Prevención

Como una solución a la elevada tasa anual de nuevos casos de cáncer a nivel mundial, se ha propuesto la prevención como estrategia para la disminución del mismo (Tafalla,1998). Ésta se refiere a todo aquello que aproxima al conocimiento de las causas que producen, inducen, favorecen o predisponen al cáncer y cuantas medidas se tomen para luchar contra ellas con la intención de evitarlo, aunque únicamente se debe aceptar como prevención lo que su nombre indica, advertir, informar o avisar a alguien de una cosa, sobreentendiendo, que es con la intención de que no ocurra (Tafalla, 1998). La prevención del cáncer consiste en reducir al mínimo la exposición a los carcinógenos e implica la aminoración de la susceptibilidad individual a los efectos de esos agentes. Este método es el que ofrece más posibilidades de éxito a largo plazo en la lucha contra esta enfermedad (OMS, 1995).

Niveles

Los niveles de prevención en salud, se clasifican según Leavel y Clark (1998) en: Prevención primaria, secundaria y terciaria.

Prevención primaria. Está dirigida al individuo sano o aparentemente sano. Sus objetivos particulares son: la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; para conseguirlo se dispone de la educación para la salud y de la prevención específica (Leavel,1998)

En este nivel se enmarcan las siguientes acciones: (Leavel,1998)

- Promoción de campañas de salud.
- Divulgación de prácticas de auto cuidado como la higiene personal.
- Educación acerca de los factores de riesgo, su vigilancia y control.
- Mejoramiento del ambiente como la adecuada conservación del agua y otros recursos naturales, la adecuada disposición de desechos sólidos y de aguas residuales.
- La protección específica con la aplicación de vacunas.
- El control de plagas.

Prevención Secundaria. Tiene como objetivos especiales, evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez; estos objetivos se alcanzan mediante el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado, actividades que tradicionalmente corresponden al clínico. En este nivel de prevención, las acciones se dirigen ya al enfermo. Sus objetivos son (Leavel,1998):

- Búsqueda y capacitación de usuarios para la vigilancia y control de riesgos específicos (prenatales, mujeres en edad fértil, menores de 5 años etc.
- Consulta médica precoz
- Exámenes de laboratorio y otros métodos de diagnóstico (aplicación de métodos de tamizaje)
- Tratamiento oportuno y adecuado de los problemas de salud.

Prevención Terciaria. Corresponde a la rehabilitación, tanto en lo físico, como en lo psicológico y en lo social. La terapia física, la ocupacional y la psicológica, tratan de conseguir que los individuos se adapten a su situación y puedan ser útiles a si mismo y a la sociedad (Leavel,1998).

Modelos Preventivos

Inicialmente, es necesario abordar conceptos como conductas de salud, reductoras de riesgo, y conducta de enfermedad, para después analizar algunos de los modelos que, desde la psicología de la salud pretenden dar explicación a estas conductas.

Según Roa (1994), se puede hablar de varios tipos de conductas, de enfermedad, de riesgo, reductoras de riesgos, y de salud.

Las conductas de enfermedad, se refieren a cualquier actividad emprendida por una persona que se siente enferma, con la finalidad de definir su estado de salud o de descubrir un remedio adecuado (Kasl y Coob, 1996, citados por Roa, 1994)

Las conductas de riesgo, son patrones de conductas, hábitos o estilos de vida, adquiridos, que pueden aumentar la probabilidad de adquirir enfermedades, algunos de estos patógenos conductuales, pueden ser el alcohol, el tabaco, alimentación inadecuada, ausencia de ejercicio físico, falta de medidas de seguridad domestica, ausencia de apoyo social, patrón de conducta tipo A, entre otros (Matarazo, 1984, citado por Roa, 1994)

Las conductas reductoras de riesgo, son aquellas que contribuyen a reducir al mínimo el riesgo asociado a determinados trastornos o enfermedades, por ejemplo el dejar de fumar para prevenir el cáncer o enfermedad coronaria (Roa, 1994) o también pueden considerarse como cualquier actividad emprendida por una persona que se considera a si misma sana, con el propósito de prevenir la enfermedad, detectarla en una etapa asintomático (Kasl y Cobb, 1966, citados por Roa, 1994).

Las conductas de salud, son todos aquellos comportamientos que promuevan o potencien un estado de salud general tales como la practica de ejercicio físico o seguir una dieta adecuada (Roa, 1994)

Una clasificación similar de estas conductas, las proporcionan Harris y Guten (1979) citados por Roa (1994), e incluye conductas de salud, prácticas de seguridad, cuidados preventivos de salud, evitación de ambientes peligrosos y evitación de sustancias nocivas. Otra clasificación la proporciona Taylor (1986) citado por Roa (1994), en función del grado de dependencia del sistema de salud, éstas son: conductas que dependen exclusivamente de acceso del individuo al sistema de salud; las conductas recomendadas por los profesionales sanitarios, pero los individuos no requieren en general de estos para llevarlas a cabo; y los individuos que practican comportamientos de salud de una forma totalmente independiente del sistema de salud.

El que las personas ejecuten conductas de salud, conducta reductora de riesgos, o conductas de riesgo, depende de diferentes factores circunstanciales, determinados de manera general y de manera particular para cada individuo (como la invulnerabilidad percibida). Sin embargo, para explicar esta influencia de factores en este tipo de conductas, se desarrollaron los modelos en salud; algunos de ellos intentan explicar de manera general cómo funciona la interrelación de todos los factores que se considera influyen, otros tratan de explicar solamente cómo funciona un factor. Según Roa (1994) dentro de los modelos generales en psicología de la salud se encuentran: el Modelo de Disregulación de Schwart, el Modelo de Diátesis-Estrés y el Modelo Psicológico de Ribes.

Modelo de disregulación de Schwart (1977), está considerado como uno de los primeros acercamientos a la explicación de la enfermedad desde un punto de vista biopsicosocial. Según este modelo la salud viene explicada por una regulación cerebral eficaz del organismo, mientras que la enfermedad aparecerá como consecuencia de la disregulación.

El modelo de diátesis-estrés, es de corte biopsicosocial, dado que se centra en el efecto interactivo de los factores ambientales y de la vulnerabilidad individual (genética y psicológica) a la enfermedad, el modelo también incluye cuatro fases (estimulación psicosocial, respuestas fisiológicas y emocionales, predisposición genética y precursores de la enfermedad, y por último la enfermedad) (Stephoe, 1989, y Fahrenberg,1986).

El modelo psicológico de salud de Ribes, a partir de los planteamientos del modelo biomédico y del modelo sociocultural, pretende llevar a cabo un análisis de las prácticas efectivas de prevención, curación y rehabilitación en psicología de la salud; además incluye una tercera dimensión, que no es más que el comportamiento como eje vinculador de los anteriores (Ribes, 1990)

Dentro de los modelos que tienen en cuenta un solo factor, se encuentran los modelos que explican las conductas de salud de acuerdo a las creencias de los individuos. Estos modelos asumen que el individuo es el responsable directo de las enfermedades, dependiendo de si realiza o no las conductas de salud, de riesgo, o reductoras de riesgo, sin incluir los componentes ambientales y sociales más amplios. Dentro de estos modelos se pueden encontrar: el Modelo de Creencias sobre la Salud, la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de la Acción Social, el Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones y el Modelo Transteórico.

En el modelo de creencias sobre la salud, la hipótesis es la de que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud o de disminución de riesgo, a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre la salud, se vea a sí misma como potencialmente vulnerable y vea la condición como amenazante, esté convencida de la eficacia de la intervención, y vea pocas dificultades en la puesta en práctica de la conducta de salud (Rosentock, 1974).

En el Modelo de la Acción Razonada, la intención que la persona tiene de realizar (o no) una conducta es su determinante inmediato; no afirma que siempre se da una correspondencia perfecta entre la intención y la conducta, sino simplemente que, si no se presentan acontecimientos imprevistos, una persona actuará habitualmente de acuerdo con su intención; a su vez, la intención de una persona de llevar a cabo un determinado comportamiento es función de dos determinantes básicos, uno de naturaleza personal (actitud hacia la conducta) y el otro refleja la influencia social (Fishbein, 1980).

La Teoría de la Acción Social, es un modelo que concibe al individuo como un sistema auto-regulador que intenta activamente alcanzar objetivos especificables, y como un sistema de retroalimentación compuesto por un conjunto de elementos dispuestos serialmente o en etapas (entrada de estímulos, respuesta y consecuencia; además incluye tres dimensiones, una la autorregulación como estado deseado, la segunda es de mecanismos de cambio interconectados, y la tercera un subcomponente de sistemas socio ambientales mas amplios que determinan contextualmente como funcionan los mecanismo de cambio (Ewart, 1991).

El Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones, nace como una crítica al Modelo de Creencias en Salud, a la Teoría de la Acción Razonada, a la Teoría del Comportamiento Planificado y a la Teoría de la Autorregulación por ignorar la transición de las personas de una etapa a otra en su disposición de adoptar comportamientos orientados a la salud; este

modelo supone que cuando las personas empiezan a adoptar comportamientos nuevos y relativamente complejos destinados a protegerlas del peligro, atraviesan diversas etapas de credulidad sobre su susceptibilidad personal; en la fase uno, las personas no han oído acerca del peligro y no reconocen el riesgo personal que corren; en la fase 2, reconocen el riesgo y creen que otros también corren dicho riesgo, pero mantienen un sesgo optimista en relación con su propio nivel de riesgo; en la fase 3, las personas reconocen su propia susceptibilidad y aceptan la idea de que la precaución podría resultar eficaz en lo personal, pero aun no se han decidido a entrar en acción; en la fase 4, las personas deciden pasar a la acción, mientras que en otra fase paralela (5), deciden que dicha acción es innecesaria; en la fase 6, las personas ya han tomado las precauciones destinadas a reducir el riesgo; la fase 7, implica mantener la precaución en caso de resultar necesario (Brannon y Feist, 2001).

Algunas investigaciones realizadas, mostraron que los resultados eran inconsistentes a la hora de predecir o explicar el comportamiento de personas a las que se les diagnosticó con enfermedad coronaria (Brannon y Feist, 2001, Pág. 78). Una de las razones que se exponen para explicar el por qué no son predictivas estas teorías, es que olvidan procesos interpersonales, factores comunitarios, políticas públicas, etc. (Brannon y Feist, 2001); otra razón es que estas investigaciones deben basarse en instrumentos consistentes y precisos para evaluar sus diversos componentes, y esta clase de medidas aún no han sido desarrolladas (Brannon y Feist, 2001)

El Modelo Transteórico, postula que para que dejen de realizarse conductas de alto riesgo y se adquirieran alternativas más saludables, el individuo pasa por un proceso de cinco fases de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, y mantenimiento (Prochaska, Diclemente, Norcross, 1992). Precontemplación es la fase en la que no hay ninguna intención para cambiar la conducta en el futuro previsible. Muchos individuos en esta fase son desprevenidos de sus problemas. Según Chesterton (1989) “no es que ellos no puedan ver la solución. Es que ellos no pueden ver el problema.” La familia, los amigos, vecinos, o empleados, a menudo reconocen que los precontempladores tienen problemas (Chesterton, 1989) “Cuando los precontempladores asisten a psicoterapia, lo hacen a menudo por presión de otros. Normalmente, ellos se sienten presionados para cambiar la conducta adictiva por un esposo que amenaza salir, un patrón que amenaza despedirlos, padres que amenazan repudiarlos, o cortes que amenazan castigarlos. Ellos pueden demostrar el cambio incluso con tal de evitar o disminuir la presión. Una vez la presión ha desaparecido, ellos a menudo retornan a sus viejas costumbres (Chesterton, 1989) “La contemplación es la fase en que las personas reconocen que un problema existe y está pensando realmente en superarlo pero no ha hecho un compromiso todavía para actuar. De hecho, las personas pueden permanecer estancadas en la fase de contemplación por períodos largos).

La preparación es una fase que combina intención y el criterio conductual. Los individuos en esta fase están pensando aplazar la acción

para el próximo mes y la han retardado sin éxito en el último año (DiClemente 1991) Por ejemplo, un grupo de individuos que son preparados para la acción, han logrado algunos cambios conductuales pequeños, como fumar cinco cigarrillos menos o retardar su primer cigarrillo del día durante 30 minutos más que los precontempladores o los contempladores (DiClemente 1991). Aunque ellos han hecho algunas reducciones en sus conductas problema, los individuos en la preparación no han alcanzado un criterio todavía para la acción eficaz, como la abstinencia de fumar, el abuso del alcohol, o uso de la heroína. Ellos están pensando actuar en el futuro muy cercano.

La acción es la fase en que los individuos modifican su conducta, experiencias, o ambiente para superar sus problemas. La acción involucra los cambios conductuales más abiertos y requiere compromiso considerable de tiempo y energía. Las modificaciones de la conducta adictiva que se hacen en la fase de acción tienden a ser muy visibles y recibir el más gran reconocimiento externo (reforzamiento social). Las personas, incluso los profesionales, igualan la acción a menudo erróneamente con el cambio. Como consecuencia, ellos omiten el trabajo requerido que prepara a los cambiadores para la acción y los esfuerzos necesarios para mantener los cambios para la acción siguiente (generalizar la respuesta). El mantenimiento es la fase en que las personas trabajan para prevenir la recaída y consolidar las ganancias logradas durante la acción. Tradicionalmente, el mantenimiento se vio como una fase estática. Sin embargo, el mantenimiento es una continuación, no una ausencia, del cambio Prochaska (1992).

Para las conductas adictivas esta fase se extiende de seis meses a un período indeterminado más allá de la acción inicial. Permanecer libre de la conducta adictiva y ser capaz de comprometerse de forma consistente en una nueva conducta incompatible por más de seis meses son el criterio a considerar para una persona que esta en la fase de mantenimiento Prochaska (1992).

Control de variables en programas de prevención primaria en cáncer de próstata

Para realizar un programa de prevención primaria en cáncer de próstata, se necesita tener en cuenta variables que pueden influir en la presentación o no de conductas saludables que se quieren desarrollar o la conductas de riesgo que se quieren eliminar (o disminuir su frecuencia); estas variables pueden ser divididas en variables sociales y de tipo individual (Langlie,1977). Se consideran variables de tipo individual las que hacen parte exclusiva del individuo (la invulnerabilidad percibida, la negativa a buscar ayuda, autoeficacia, entre otras). (Klonoff y Landrine,1993 citados por Brannon,2001) La invulnerabilidad percibida, se entiende como la tendencia a verse a sí mismo con menos probabilidad de la que afecta a otros respecto de llegar a experimentar o a vivir situaciones negativas en la vida. Su importancia se relaciona con la improbabilidad de que una persona emprenda modificaciones comportamentales conducentes a la adquisición de un comportamiento saludable, cuando subvalora la amenaza que para ella representa un determinado factor de riesgo, por ejemplo en el caso específico de cáncer de próstata podría ser el realizar exámenes preventivos (Flórez, 2000). Se cree, que la disminución de esta invulnerabilidad o de

este optimismo irrealista ayudará a aumentar las conductas protectoras o de salud. Algunos modelos que tienen en cuenta esta variable en su teoría, son el Modelo de Creencias en Salud, el Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones, y el Modelo Transteórico. Adicionalmente, algunas investigaciones que comprueban la influencia de la vulnerabilidad o de la invulnerabilidad en la realización de comportamientos saludables o comportamientos de riesgo son la negativa personal de buscar ayuda, la visión personal de la enfermedad, variables sociales,

La negativa personal de buscar ayuda médica que depende del trastorno y de cada persona (Klonoff y Landrine ,1993 citados por Brannon,2001). Los resultados de investigaciones en estudiantes universitarios muestran que algunas personas consideran ciertas partes de su cuerpo, como el ano, un área tabú o estigmatizada, a la vez consideraban los genitales zonas íntimas rechazando en mayor o menor medida la idea de visitar al médico para tratar dichas partes que si se tratase de otras menos marcadas o consideradas privadas (Klonoff , Landrine ,1993)

La visión personal de la enfermedad depende del conocimiento propio del cuerpo y del conocimiento de la enfermedad. Investigaciones realizadas por Goldmand (1990), en las conductas preventivas hacia el SIDA, relacionan la autoeficacia como un factor positivo; los estudios que han evaluado la auto-eficacia como un predictor de comportamiento saludable, han indicado que las percepciones de una persona de su o sus habilidades de realizar una conducta es un indicador importante de la probabilidad que él o ella realicen la conducta (DeVellis, Becker y Rosenstock, 1986).

Las variables sociales se encuentran en el medio y pueden influir en los

sujetos, por ejemplo, esquemas sociales erróneos, desaprobación social, género y variables socio-económicas, y programas preventivos (Pennebaker,1982). Con respecto a los esquemas sociales, algunos mitos acerca de los comportamientos sexuales en la población de la costa, pueden afectar el realizar o no conductas preventivas. En el caso específico del cáncer de próstata, no existen muchas investigaciones al respecto, pero se encuentran algunos mitos alrededor del comportamiento sexual que pueden afectar en especial la conducta de realizar el examen preventivo para este tipo de cáncer. Según un estudio realizado por Álvarez, Acosta, Fernández, Moreno y Retamoso (1990), cuando un hombre tiene un problema en la próstata su vida sexual ha terminado, un hombre al que se le ha extirpado la próstata no puede tener hijos; este tipo de pensamientos pueden desencadenar respuestas de miedo, de temor frente a la realización del examen preventivo por anticipación de consecuencias negativas. Otros pensamientos irracionales al respecto que se evidencian a nivel popular y que son mantenidos, entre otros, por el sentido común, aunque no haya investigaciones que los soporten, podrían estar relacionados con el temor a la homosexualidad como resultado del examen tacto-rectal. Así mismo, la desaprobación social que implica el rechazo y evaluación de su grupo, puede ser un factor que influye en que no se realice el examen. Otra variable asociada con este comportamiento de resistencia a las alternativas preventivas que se ofrecen para el control y diagnóstico precoz del cáncer de próstata parece ser el género. Según Pennebaker (1982), citado por Brannon (2001), las mujeres están más dispuestas a utilizar los servicios sanitarios que los hombres, la razón puede ser porque las mujeres son más vigilantes a

los signos y síntomas fisiológicos que los hombres. Otra hipótesis la ofrece Waldron (1997), citado por Brannon (2001), donde comenta que frente a los mismos síntomas corporales de dolor el papel femenino les permite a las mujeres buscar muchas clases de ayuda mientras que el papel masculino indica a los hombres que deben ser fuertes y negar su dolor e incomodidad. Otras investigaciones de género en relación con conductas preventivas han mostrado que los hombres se perciben típicamente como más eficaces que las mujeres debido a la influencia del rol sexual estereotipado (Campbell y Hackett, 1986; Godin y Shepard, 1985; Hackett, 1985; Miura, 1987; Schunk y Lifflo, 1984). Si se considera la autoeficacia como las percepciones de una persona de su o sus habilidades para realizar una conducta como un indicador importante de la probabilidad que él o ella realicen la conducta, el hecho de que los hombres se perciban más eficaces que las mujeres los hace percibirse como menos vulnerables (DeVellis, Becker, y Rosenstock, 1986)

Un factor social importante puede ser el nivel socioeconómico; según Pennebaker (1982), citado por Brannon (2001), las personas pertenecientes a un grupo socioeconómico elevado experimentan menor cantidad de síntomas y afirman tener mejor salud que las personas pertenecientes a un nivel socioeconómico más bajo; luego, si una persona con elevados ingresos se enferma, estará más dispuesta a buscar asistencia médica.

Programas preventivos en cáncer de próstata

Con el objetivo de garantizar que el desarrollo de estrategias preventivas tenga efectos positivos sobre la población en riesgo, se han realizado algunas investigaciones cuyos resultados describen factores importantes en la efectividad de los programas, se pueden tomar algunos de estos

investigaciones para mejorar los resultados de estos programas preventivos, algunos de estos son:

Según Azar (1999), los programas preventivos personalizados, no solo son más eficaces, sino que atraen a muchas más personas que los programas genéricos. Por ejemplo, una clínica que creó un programa gratuito para dejar de fumar sólo atrajo alrededor de uno por ciento (1%) de los posibles participantes, e incluso los programas en casa solo atrajeron un 5 por ciento; en contraste, más de 80 por ciento de las personas invitadas a participar en el programa de “Prochaska” para dejar de fumar aceptaron. Este programa se acerca a las personas bien sea por correo enviando una encuesta corta, o personalmente (generalmente en una clínica o ambiente hospitalario o en la escuela) y proporciona una evaluación de su probabilidad de cambio en términos de tiempo. Las personas obtienen una serie de manuales de autoayuda que depende de la estimación temporal del cambio y éstos los van guiando a través de una serie de fases de cambio. Tres meses después son valorados y retroalimentados a través de un informe del progreso alcanzado. Aún cuando una persona no ha dejado de fumar todavía, el informe puede decir, ¡Felicitaciones! Usted ha superado una fase y ha aumentado la probabilidad de que termine con éxito el programa dentro de seis meses.

Otra característica de los programas es la forma de comunicación utilizada. Investigaciones como la de Rothman (1993), enfatizan en la atribución de responsabilidad (interna, externa, o información solamente), motivada por mensajes persuasivos que se asocian con el cambio de conducta. Esta característica fue investigada en un grupo de mujeres que vieron mensajes

persuasivos que variaban en la atribución (interior, externo, o información-sólo). Se esperó que las atribuciones interiores de responsabilidad para promover la conducta de salud, motivaran más el cambio respecto a las actitudes de las mujeres y sus conductas relacionadas con la prevención del cáncer del seno y la mamografía. Dichas actitudes eran inmediatamente moderadas 6 meses después de la presentación. Y doce meses después, las mujeres que vieron el mensaje interior probablemente habrían obtenido un examen de mama que las mujeres que fueron asignadas a las otras 2 condiciones. Otra de las investigaciones basadas en la comunicación, la realizó Rothman (1997), mostrando que las campañas publicitarias preventivas pueden estar ideadas en términos de beneficios o costos asociados con una conducta en particular y la influencia que ejerce sobre las decisiones en comportamientos preventivos. Los resultados de esta investigación muestra que es más ventajoso mostrar los mensajes publicitarios en términos de ganancias y no de costos.

Un factor importante dentro de las características de los programas es el apoyo que se maneja desde las políticas públicas sanitarias. Aunque en los últimos años las investigaciones en salud, la calidad de vida, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, son términos que están siendo muy utilizados en las instituciones educativas y de salud, inclusive en algunos centros de salud pública, no se conocen datos que permitan ayudar a afirmar que estos programas preventivos se estén manejando, y en especial en la Costa Atlántica (Osorio, 2002). En la ciudad de Cartagena, los datos arrojados por cada una de las instituciones (hospitales, clínicas, centros

oncológicos y oncólogos privados) muestran que lo que se está realizando en prevención primaria sobre cáncer en general (cualquier tipo de cáncer) es muy poco. Estos programas o estas políticas están dirigidas únicamente a realizar exámenes laborales preventivos obligatorios (por las aseguradoras de Riesgos). Pero poco se conoce sobre programas que ayuden al cambio o modificación de conductas de riesgo o hábitos poco saludables (Osorio, 2003)

Conductas promotoras y preventivas en cáncer de próstata

De acuerdo a los factores de riesgo específicos para el cáncer de próstata, es necesario especificar algunas conductas preventivas que ayudarán a cumplir el objetivo básico de la prevención primaria. Aunque las investigaciones realizadas alrededor del cáncer de próstata sobre factores de riesgo no han identificado un único factor riesgo, han identificado varios factores tales como agentes infecciosos (Walsh 1988); factores conductuales como consumos de alimentos grasos, actividades físicas y prácticas sexuales inadecuadas (Karl y cols 1998) Balir y Fraumeni,(1983) Marchand, Kolonel y Yoshizawa (1991) y Paffenbarger y cols. 1980); agentes infecciosos Paulson y col. (1968); factores ambientales como carcinógenos químicos o promotores del cáncer de próstata, estos incluyen la exposición al humo de escape de los automóviles, fertilizantes y sustancias químicas en las industrias de goma, imprenta, pintura y naval (Winkelstein y Ernest, 1979); factores genéticos como la raza y los factores familiares (Kurth, Mickisch y Schroder,1998).

De acuerdo a este tipo de factores se puede hablar de conductas preventivas y conductas promotoras. Las conductas preventivas son aquellas actividades emprendidas por una persona que se considera a si misma sana, con el propósito de prevenir la enfermedad, detectarla en una etapa asintomático (Kasl y Cobb, 1966, citados por Roa, 1994). Y las conductas promotoras de la salud son todas aquellos comportamientos que promuevan o potencien un estado de salud general tales como la practica de ejercicio físico o seguir una dieta adecuada (Roa, 1994). En el caso específico de cáncer de próstata entre las conductas que promueven un estado general de salud y que pueden ayudar además a prevenir el cáncer de próstata, se encuentran disminuir la ingesta de alimentos grasos, modificar conductas sexuales inadecuadas, realizar ejercicio físico, conocer la historia familiar de cáncer en general y de cáncer de próstata, utilizar elementos de protección en caso de trabajar con agentes químicos tóxicos (Walsh y cols,1988, (Karl y cols. 1998, Balir y Fraumeni, 1988, Marchand, Kolonel y Yoshizawa, (1991) y Paffenbarger y cols., 1980). Con respecto a conductas preventivas específicamente para el cáncer de próstata, las más recomendadas son dos (Lewis y Spangler,1988): (1) El Examen tacto-rectal en el cual el médico o la enfermera inserta un dedo enguantado y lubricado dentro del recto y palpa la próstata a través de la pared rectal en busca de bultos o áreas anormales y (2) El Antígeno prostático específico (PSA) que es una prueba de laboratorio que mide los niveles del PSA en una muestra de sangre; el PSA es una sustancia producida por la próstata que se puede encontrar en mayor cantidad en la sangre de varones que tienen cáncer de próstata; los niveles de APE también pueden estar elevados en varones que sufren una

infección o una inflamación de la próstata, o una hiperplasia prostática benigna (aumento de tamaño de la próstata de origen no canceroso).

Ambos exámenes son necesarios, ya que son complementarios, es decir, en ocasiones se puede encontrar o se puede palpar un área anormal en la próstata y los resultados del PSA, pueden ser negativos, o puede aparecer un examen de PSA positivo y en el examen de tacto no se encuentra anormal, y en ambos casos puede existir cáncer de próstata (Osorio, 2003).

Además, es necesario realizar los exámenes de manera preventiva ya que el cáncer de próstata en estadios iniciales es asintomático, y el pronóstico a medida que avanza tiene pocas posibilidades de sobrevivencia (Osorio, 2003).

Diseño de un programa para la prevención del cáncer de próstata

Tanto el Modelo de Adopción de Precauciones como el Modelo Transteórico se constituyen como una alternativa teórica sobre la cual estructura un programa de prevención del cáncer de próstata. Ambos modelos explican que las conductas preventivas o promotoras pasan por una serie de etapas desde cuando las personas se consideran invulnerables o tienen poco conocimiento de los comportamientos de riesgo hasta cuando dejan de realizar la conducta de riesgo o realizan la conducta preventiva y su mantenimiento. Aunque estos modelos no tienen en cuenta las variables sociales como factor influyente en el comportamiento individual, Weinstein

(1998), citado por Brannon (2001), sostiene que las teorías que contemplan varios estadios, son superiores a las teorías que no consideran el paso de una persona de una fase a otra. Estudios de Blalock y cols. (1996), mostraron resultados que muestran que este modelo resultaba útil a la hora de predecir el consumo de calcio y el ejercicio con pesas, dos comportamientos recomendados para reducir el riesgo de contraer osteoporosis, los autores concluyeron que estos cambios ofrecían un apoyo considerable al modelo del proceso de adopción de precauciones; otras investigaciones como las de Póney McCoy y cols. (1992) citados por Brannon (2001) con fumadores, muestran conclusiones semejantes. Investigaciones con el modelo transteórico, como las de Glanz y cols, (1994), con la adopción de dietas saludables, estableció que las personas que atravesaban las 3 primeras fases tendían a seguir dietas con un alto nivel de grasa, mientras que las que atravesaban la fase de acción y mantenimiento ingerían menos grasas y más vegetales. Estas investigaciones muestran que estos modelos pueden llegar a ser útiles en la adopción de una conducta promotora de salud o preventiva; en el caso específico de programas preventivos en cáncer de próstata, se pueden seguir los siguientes pasos al momento de realizar el programa

1. Identificar la conducta preventiva o los comportamientos promotores que se van a desarrollar
2. Evaluar en que etapa según el modelo que se escogió se encuentra el individuo o los individuos.
3. Diseñar estrategias de intervención dependiendo las etapas en que se encuentren los sujetos. Y además tener en cuenta las variables sociales y las variables individuales.

4. Seguir realizando evaluaciones progresivas para medir el cambio de comportamiento, y el paso de los individuos en las etapas.

Programas preventivos actuales

Los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas en los diferentes instituciones visitadas, permiten afirmar que los programas de prevención primaria de cáncer de próstata que actualmente se manejan en ellas están basados en la realización del examen de antígeno prostático (PSA) a trabajadores mayores de 40 años de empresas vinculadas a estas instituciones, y se realiza como control de riesgos profesionales. No fue suministrada información escrita sobre este tipo de programas, de esta manera no se pueden hacer juicios valorativos de los mismos y menos aún, evaluaciones objetivas de ellos (Hernández, G; Alzamora, L; Vélez, P; 2003 -Comunicación Personal). Así mismo, estos resultados permiten evidenciar que los programas actuales en cáncer de próstata, que manejan las instituciones visitadas, son programas de prevención secundaria y terciaria, específicamente de diagnóstico precoz y tratamiento de la enfermedad y de rehabilitación física, psicológica, social y laboral (Hernández, G; Alzamora, L; Vélez, P; 2003, Comunicación Personal). Hay algunas instituciones educativas como la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena que está manejando campañas informativas sobre cáncer de próstata, y además permite un examen gratuito (campana de información de la facultad de medicina de la universidad de Cartagena, 2003) (Estarita, 2003). Aunque de estos programas se conoce muy poca información teórica relacionada con

los modelos de salud, o información de cambio de conductas o información que permita conocer fundamentaciones científicas de este tipo de campañas (Osorio, 2003)

CONCLUSIONES

La revisión teórica realizada así como la inquietud por formular una breve propuesta desde la psicología para la prevención primaria del cáncer de próstata en la costa atlántica, han permitido establecer las siguientes conclusiones:

No es necesario que existan organizaciones preestablecidas para movilizar iniciativas individuales o comunitarias de prevención de la salud, sino que se pueden establecer otras nuevas.

Las personas no siempre se comportan de manera racional sino que pueden mostrar multitud de comportamientos irracionales y automáticos a lo largo de su ciclo vital sobre los cuales puede resultar relativamente difícil llevar a cabo intervenciones preventivas

Es necesario restaurar, proteger, modificar y crear valores y estilos de vida para la promoción de la salud y la calidad de vida

La sociedad actual es una sociedad del riesgo; por lo tanto, los riesgos con los cuales cada habitante se enfrenta cotidianamente amenazan su seguridad ontológica, pues están lejos de ser controlados por los individuo, de las comunidades, de las organizaciones y/o de los estados.

A menudo, las personas llevan a cabo decisiones pobres y es necesario que tomen las decisiones de una forma tan óptima como sea posible, pero que por lo menos, reduzca las posibilidades de riesgo de enfermar.

Los medios masivos de comunicación (televisión, radio, prensa, etc.) pueden resultar muy efectivos como herramienta de divulgación e impacto

sobre la población, pero debe reconocerse que tienen un efecto culpabilizador e individualizado; o a veces incluso, discriminatorio para ciertas poblaciones, generando así un incremento de la invulnerabilidad en otras personas y desconociendo el determinante sociocultural de la conducta de riesgo.

Los resultados de los datos epidemiológicos encontrados en las diferentes clínicas y hospitales de Cartagena, muestran al cáncer de próstata como uno de los tipos de cáncer más frecuente en los hombres. Estos datos fueron recolectados visitando directamente algunas clínicas y hospitales, ya que no existe una entidad que maneje todos los datos, y el acceso a datos de algunas entidades fue un proceso difícil.

Además se encontró que los programas que se están manejando actualmente, no poseen una metodología científica, ni se basan en un modelo en salud, solo se remiten a campañas publicitarias sobre cáncer de próstata.

En la bibliografía revisada, se encontraron algunos factores para tener en cuenta al momento de realizar un programa de prevención primaria sobre cáncer de próstata, tales como la adopción de modelos de salud, como sustento teórico, en la ayuda de la planificación de estos programas.

En este programa se escogió el modelo de adopción de precauciones, ya que este tipo de modelo maneja la susceptibilidad personal, como un factor importante en la adopción de conductas preventivas, y se consideró como una forma de controlar esta variable. De igual forma es importante considerar en futuras investigaciones la influencia de otros modelos en programas preventivos para comparar los resultados.

Otro factor importante fue la identificación de variables que influyen en la realización de conductas preventivas y promotoras, estas pueden ser individuales o sociales, y pueden ser sobre el cáncer en general o específicamente sobre un tipo de cáncer. Esta identificación ayudará a aumentar la probabilidad de la efectividad del programa.

Algunas de estas variables manejadas en este programa fueron, la invulnerabilidad percibida, la negativa a buscar ayuda, la autoeficacia, esquemas sociales erróneos, desaprobación social, género y variables socio-económicas, y programas preventivos.

Estas variables fueron encontradas específicamente para el caso de cáncer de próstata, por esto es necesaria identificar las variables de cada caso en particular si se va a trabajar con otros tipos de cáncer.

DISCUSIÓN

La información obtenida a partir de esta monografía, confirma que el cáncer es un problema de salud a nivel mundial y en Colombia, la crisis del sector de la salud, así como la influencia cultural determinan que éste sea uno de los primeros responsables de la morbimortalidad de la población. La resistencia mantenida por la percepción de invulnerabilidad de la población es, sin lugar a dudas, uno de los grandes desafíos a los que se enfrenta el investigador interesado en abordar esta problemática. La elaboración que se ha hecho de la enfermedad como un concepto que ataca a otros y me descarta a mí, es el paradigma del conflicto invulnerabilidad y exposición al riesgo. De hecho, la investigación sobre los factores de riesgo para el cáncer y en especial para el cáncer de próstata así como los avances científicos en los programas de prevención primaria y de promoción de la salud sugieren un amplio campo de acción para el abordaje efectivo de esta enfermedad. Sin embargo, y aunque en Colombia el sistema de salud destina a través del PAB los recursos para las actividades de prevención y promoción, los resultados de la investigación sobre los programas preventivos que se están realizando actualmente en la ciudad de Cartagena, revelan una notoria disonancia con estos descubrimientos científicos, ya que la mayoría de estos programas son campañas publicitarias, o intervenciones a nivel de prevención secundaria con pruebas de cribaje, o por obligación de la empresa aseguradora de riesgos profesionales.

Se evidencia con preocupación, que el rol del psicólogo permanece ausente en este escenario de la prevención primaria, desde el diseño hasta el desarrollo de programas; por lo que quienes continúan asumiendo estas tareas son profesionales de la salud como médicos y enfermeras que, sin la intención de demeritar sus esfuerzos y conocimientos, no son estudiosos del comportamiento y por lo tanto, sus propuestas suelen estar dirigidos a resolver estas problemáticas con el desarrollo de estrategias de tipo biomédico y no, desde la modificación del comportamiento, restándole entonces rigurosidad y efectividad a las intervenciones.

En general, y de acuerdo con Buela Casal, Fernández Ríos y Carrasco (1997), se trata de prevenir todo lo que se considere prevenible. Sin embargo, en la “sociedad del riesgo” en la que vivimos, el objetivo es reducir dichos riesgos a lo mínimo posible. Se habla de prevenir todo o casi todo, sin importar si existe o que no se disponga del conocimiento suficiente para la prevención de lo que se quiere o se pretenda prevenir. Siempre existe la posibilidad de hablar o de hacer especulaciones acerca de lo que se puede llevar a cabo. Que después se consiga realmente o no, esa es otra cuestión. Y aunque los procedimientos para poder manejar dichos riesgos son múltiples y diversos parece ser que los vacíos siguen siendo significativos y la necesidad del establecimiento de la psicología de la prevención como una subespecialidad, se hace cada vez más necesaria. Como bien lo mencionan estos autores, actualmente existen muchos “charlatanes” de la prevención y lo cierto es que se reconoce de una forma general, que realmente se puede hacer mucho más de lo que realmente se está haciendo. De hecho, incluso

aquello para lo cual existe evidencia empírica para llevarlo a cabo, no se está abordando.

Los datos epidemiológicos sobre cáncer de próstata, muestran que a pesar de estos programas, el porcentaje de este tipo de cáncer sobre los hombres en Colombia y en la Costa Atlántica sigue incrementándose. Lo que en consecuencia, sugiere que las estrategias que se han venido desarrollando carecen de efectividad probablemente por carencias a nivel de su cobertura, su planeación, su desarrollo, y estudio y análisis de las características de la población y de sus necesidades. Lo anterior, sugiere que es necesario evaluar la efectividad, la eficiencia, la eficacia, la pertinencia, la suficiencia y los efectos, que estos programas están arrojando.

Por lo tanto, es necesario plantear programas preventivos que se basen en modelos teóricos de la salud, modelos que ya han sido estudiados y que en muchas de sus investigaciones han arrojado resultados positivos. Aunque han sido criticados y todavía se sigue evaluando la efectividad de algunos de ellos, utilizarlos en la prevención de enfermedades servirá además, para demostrar su utilidad científica y teórica.

La adopción de precauciones es uno de los principales objetivos que deberían trazarse los programas de prevención primaria. Y aunque en algunos casos sea de esta manera, lo cierto es que las personas encargadas de dirigirlos desconocen cómo lograr que el individuo asuma una posición adaptativa frente a la exposición a los factores de riesgo. Esto nuevamente,

parece ser una tarea para el psicólogo quien posee los conocimientos para modificar el comportamiento y la adopción de precauciones, requiere de una modificación de hábitos insalubres por estilos de vida saludables. Por lo tanto, la simple información, sin restarle valor, la obligatoriedad, el trabajo de convencer a alguien de hacerse un examen o de asumir una precaución, están lejos de constituirse en estrategias efectivas para el cambio. Por lo tanto, adoptar una precaución sugiere hacer un proceso de modificación comportamental. Lo anterior merece mencionar el siguiente párrafo de Buela Casal, Fernández Ríos y Carrasco (1997), pues sugiere una idea clara de la dificultad a la que se enfrenta la ciencia al abordar el problema de la prevención:

“Decir futuro es decir historia que está por venir, historia que tenemos que construir entre todos, y de la cual somos responsables. La vida se vive una sola vez, y vale la pena intentar vivirla con la mejor salud y calidad posible. No se trata de un argumento moralizante, sino de una dura realidad. Pues razonar de una forma preventiva una vez que la enfermedad ya ha tenido lugar constituye un triste recurso y un pésimo consuelo. Nacemos con la posibilidad de vivir múltiples trayectorias vitales, pero real y verdaderamente nos morimos habiendo vivido o mal vivido ... y es que en el tiempo mal vivido no existe una segunda posibilidad. Con la llegada de la muerte o de una enfermedad incurable, toda estrategia de

prevención resulta no solo inútil, sino incluso bastante dolorosa para el individuo. Los remordimientos por haberse debido comportar de una forma que realmente no se ha hecho, lamentarse por no haber adoptado más y mejores estrategias de prevención, una vez que nos encontramos en la frontera de la muerte, ya no sirven para nada...” (pág. 22-23).

Es muy complejo hacer prevención pues definitivamente los seres humanos rara vez se comportan de manera racional y mas bien suelen dejarse llevar por sentimientos e impulsos para luego lamentarse de las consecuencias de su comportamiento. Sin embargo, esto no debe ser un obstáculo para desistir en los esfuerzos de propender por una mejor calidad de vida y por una cultura de la prevención.

No obstante, todas las sociedades tienen sus propios procesos para enfrentarse a la enfermedad y por ello es absolutamente necesario que las prácticas socioculturales se respeten, se consideren como variables intervinientes dentro de los programas de prevención y todos los demás intentos por prevenir la enfermedad, pero que , en el mejor de los casos, se incorporen como un recurso más en el que se pueden apoyar las estrategias preventivas de la enfermedad y promotoras de la salud. De hecho, es necesario concebir al binomio prevención y promoción como un movimiento sociocomunitario a favor de la calidad de vida tanto a nivel individual como comunitario.

Finalmente, es una prioridad de las campañas de prevención preguntarse el motivo o los motivos que determinan que las personas fracasen en el intento de adoptar conductas o estilos de vida saludables. Buela Casal, Fernández Ríos y Carrasco (1997) plantean una serie de posibles razones que podrían dar respuesta a esta inquietud: carencia de motivación, déficit de control impulsivo, ausencia de perseverancia, utilización incorrecta de habilidades, incapacidad de trasladar el pensamiento a la acción, falta de habilidades para completar las tareas y llevarlas hasta el final, fracaso para iniciar, miedo al fracaso, dilación, mala atribución de culpa, autocompasión excesiva, excesiva dependencia, carencia de concentración, incapacidad para retrasar la gratificación y autoconfianza insuficiente para conseguir algo.

RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Para aquellos grupos de personas interesados en continuar con este tipo de trabajos que propendan por fomentar los intentos válidos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, se sugiere que:

- Consideren las características poblacionales
- Reconozcan al comportamiento como la manifestación de la exposición al riesgo y como la variable sobre la cual es prioritario intervenir
- Identifiquen líderes comunitarios o dentro del grupo con quien trabajen para hacerlos partícipes activos del proceso a gestar
- No desgastarse en el intento de reestructurar pensamientos irracionales determinados por la trayectoria cultural del individuo, sino buscar cómo optimizarlos a través de estrategias cognoscitivo comportamentales más efectivas.
- Evitar la culpabilización, producto del trabajo individualizado, prefiriendo intervenciones de tipo comunitario
- Evitar la improvisación; desarrollar estrategias cuya planeación ha sido exhaustiva, es la mejor opción.
- Ser realistas en términos de las metas y los logros. No pretender hacer más de lo que sea posible pero sí intentar optimizar al máximo los recursos disponibles.
- El programa de prevención que desarrollen debe ser aceptado por el equipo que lo va implementar, y por la población blanco.
- Asumir el riesgo de aplicarlo.
- Realizar investigaciones descriptivas de datos estadísticos del cáncer de próstata..

Prevención primaria del cáncer de próstata

- Realizar programas en prevención primaria en los diferentes tipos de cáncer.
- Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben vincularse a la implementación de programas en prevención primaria de cáncer de próstata haciendo uso del PAB
- El acceso a los datos estadísticos que manejan las entidades de salud no deben ser restringidos, pues esto dificulta los procesos investigativos.
- Crear una entidad encargada manejar los datos estadísticos de las diferentes entidades de salud en la costa atlántica colombiana
- Los programas preventivos que manejen las instituciones de salud deben basarse en algún tipo de modelo de salud.
- Realizar investigaciones con otro tipo de modelo y así poder hacer comparaciones.
- Realizar investigaciones acerca de las variables que influyen en la ejecución de conductas preventivas y promotoras, para observar el grado de influencia de estas y poder controlarlas efectivamente en futuras investigaciones.
- Mejorar en forma sustancial las políticas de salud pública, en especial, las políticas en salud preventiva.

PROPUESTA

Programa para la Prevención Primaria del Cáncer de Próstata en la Costa Atlántica Colombiana

A partir de la revisión teórica realizada, se generó la siguiente propuesta práctica para la prevención primaria del cáncer de próstata en la Costa Atlántica Colombiana, basado en el Modelo de Adopción de Precauciones. Así mismo, está basado en el modelo cognoscitivo comportamental ya que a nivel teórico, permite establecer una relación entre las posibles variables o estilos de vida o de pensamiento sobre los cuales intervenir de una forma preventiva, y a nivel práctico, porque permite incidir de una forma directa sobre los estilos de comportamiento y de pensamiento que los individuos emiten y procesan en el aquí y en ahora.

Este programa está estructurado en siete fases, de acuerdo con las mismas que plantea el Modelo de Adopción de Precauciones. Cada una de ellas contempla un objetivo y diversas actividades que permitirán que la persona complemente un proceso de modificación comportamental y asuma la conducta de precaución frente al riesgo.

Beneficiarios

Se beneficiarán de este programa de prevención primaria, todos los hombres residentes en la Costa Atlántica Colombiana afiliados a la

Institución interesada en desarrollar el programa. No obstante, cumplirán con los siguientes criterios para ser clasificados en uno de los dos grupos.

Las personas desconocerán a qué grupo pertenecen pues la intención es netamente investigativa y solo pretende facilitar la organización de los datos y el análisis de resultados

Criterios de inclusión

Los siguientes son los criterios de inclusión establecidos para la clasificación de los participantes en el programa de prevención primaria para el cáncer de próstata.

Grupo 1.

- Género: Masculino
- Edad: 40 años en adelante
- Estado civil: Cualquiera
- Ocupación: Cualquiera
- Estado de salud: Sanos (libres de enfermedad crónica y/o aguda actual)
- Antecedentes: Libres de enfermedad psiquiátrica
Libres de enfermedad neoplásica previa
Libres de antecedentes familiares de enfermedad neoplásica
No deben haberse realizado antes ninguno de los exámenes de próstata (tacto rectal, ecografía, PSA, etc.)

Grupo 2.

- Género: Masculino
- Edad: 40 años en adelante
- Estado civil: Cualquiera
- Ocupación: Cualquiera
- Estado de salud: Con enfermedad crónica y/o aguda actual no neoplásica
- Antecedentes: Libres de enfermedad psiquiátrica
Libres de enfermedad neoplásica previa
Con antecedentes familiares de enfermedad neoplásica (próstata u otros)
No deben haberse realizado antes ninguno de los exámenes de próstata (tacto rectal, ecografía, PSA, etc.)

Fase 1: CONVOCATORIA Y SELECCIÓN

Duración: Un mes

La convocatoria y selección de los participantes del Programa de Prevención Primaria para el Cáncer de Próstata tendrá una duración total de un mes. Durante éste, debe llevarse a cabo todo el proceso.

Objetivo general:

Convocar a las personas que no han escuchado acerca del peligro y que no reconocen el riesgo personal que corren

Actividades:

El desarrollo de esta fase del programa, supone dos momentos o partes, para las cuales es necesario realizar las siguientes actividades:

PRIMERA PARTE

- Diseñar el perfil del candidato al programa con objetivos de interés netamente investigativo que faciliten la obtención e interpretación de resultados (ver criterios de inclusión).
- Diseñar estrategias publicitarias dirigidas a promover en las personas la intención de acercarse a participar en el programa. Estas estrategias deben implementarse con un mes de anticipación
- Establecer un sistema de información e inscripciones donde el interesado se acerque y pueda obtener datos sobre el programa, su objetivo y la cita para asistir al mismo

SEGUNDA PARTE

- Obtener datos sociodemográficos de los interesados en participar en el programa (anexo1): Cuando el paciente se acerque a inscribirse, la persona encargada le entregará el cuestionario de datos sociodemográficos, el cual deberá diligenciar enseguida y dejarlo en el punto de información.
- Clasificar a los participantes de acuerdo con los criterios preestablecidos en uno de los dos grupos.
- Establecer el perfil sociodemográfico del participante en el programa

Fase 2: EL RIESGO: ¿EXISTE?

Duración: 3 horas

La duración total de esta segunda fase es de 3 horas en la que se desarrollarán tres sesiones de aproximadamente una hora cada una.

Objetivos:

- Lograr que las personas reconozcan el riesgo
- Lograr que las personas reconozcan que otros también corren dicho riesgo
- Establecer si las personas mantienen un sesgo optimista en relación con su propio nivel de riesgo

Actividades:

Esta segunda fase es básicamente psicoeducativa. Recibirán tres conferencias en tres sesiones de aproximadamente una hora.

Sesión 1. Conferencia: “Riesgo: Salud /enfermedad”

Durante esta sesión, los participantes recibirán información sobre el concepto de riesgo como un factor que altera la salud y favorece la enfermedad. Así mismo, se debe aclarar el concepto de salud y el concepto de enfermedad ya que del concepto de salud va a determinar su posición frente a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Se espera lograr que los participantes adquieran un concepto positivo de la enfermedad aunque, es evidente la tendencia a enfatizar en la salud como

ausencia de enfermedad. Se considera fundamental trabajar en esta sesión bajo los presupuestos de la OMS (1986; “salud para todos en el año 2000”): Añadir vida a los años, salud a la vida y años a la vida. Es decir, que se hará énfasis más en las consecuencias positivas de adoptar una nueva conducta de salud que en resaltar los posibles riesgos asociados con continuar manteniendo una conducta patológica, considerando a la salud como un valor positivo tanto a nivel individual como a nivel comunitario. Paralelamente se proporcionará información sobre el cáncer de próstata, su etiología, factores de riesgo, epidemiología, pronóstico, entre otros (anexo 2).

Sesión 2. Conferencia: Vulnerabilidad / Invulnerabilidad: El problema

Durante esta sesión, los participantes recibirán información acerca del fenómeno de invulnerabilidad y del sesgo optimista como dos variables que interfieren en la decisión de asumir una responsabilidad, obstaculizando el proceso de toma de precauciones. Para ello es necesario evaluar la vulnerabilidad y sensibilizar a la población hacia el riesgo de sentirse invulnerable.

Las fases tercera y cuarta se realizan una a continuación de la otra. Es necesario que el participante supere la tercera fase con la toma de decisiones que solo se da con la realización de la cuarta fase.

Fase 3: YO VULNERABLE

Duración: 1 hora 30 minutos

La duración total de la tercera fase es de una hora y media en la que se desarrollaran 3 sesiones de aproximadamente 30 minutos cada una.

Objetivos:

- Lograr que las personas reconozcan su propia susceptibilidad al riesgo
- Lograr que las personas aceptan la idea de que la precaución podría resultar eficaz en lo personal

Es clave anotar que aunque durante esta fase la persona debe llegar a reconocer su propia susceptibilidad o vulnerabilidad al riesgo y que aceptará que la precaución podría resultarle eficaz en su propio caso, aún no se decide a entrar en acción.

Actividades:

Para el desarrollo de esta tercera fase, se desarrollarán las tres actividades que se describen a continuación. Cada una de ellas busca promover la reflexión del paciente acerca de su propio riesgo.

Sesión 1. Autoevaluación: ¿Yo vulnerable?

Durante esta sesión se promoverá en los participantes un espacio de autoevaluación (anexo 4) en donde se espera reforzar su percepción de riesgo personal que se adquirió durante la segunda fase. Es necesario que el participante logre establecer que existe una diferencia clara entre sentirse bien y estar bien. Que una enfermedad puede cursar asintomática y existir.

La percepción de vulnerabilidad se medirá así:

$$E3 = (M/N) * 100$$

E3= Porcentaje de hombres que se encuentran en la tercera etapa según el modelo de adopción de precauciones

M= Número de personas que aprobaron la prueba de vulnerabilidad

N= Número de personas que asistieron a la sesión

Sesión 2. Reflexión: Adopto precauciones: Soy competente

Esta sesión está dirigida a incrementar la percepción de autoeficacia en los participantes (anexo 6). De hecho, es importante normalizar que en este tipo de decisiones es necesario utilizar todos los recursos personales de los que se dispone con el objetivo de lograrlo. Es necesario también, reiterar sobre la responsabilidad consigo mismo con relación a la salud, y a estar sano como opción que, en este caso, cada uno de ellos tiene la oportunidad de elegir o de desechar. Por lo tanto, se trata de solicitar al paciente que recuerde situaciones en las que se haya sentido eficaz y en las que haya obtenido resultados de ello, resaltando lo positivo de estos resultados. Así mismo, que recuerde situaciones en las que realmente haya preferido evitar y las consecuencias de ello hayan sido desfavorables. Es importante, exponer ejemplos cotidianos que demuestren que la autoeficacia se mantiene con los logros que cada uno obtiene y cuando los resultados (no siempre positivos) muestran que se ha cumplido con un deber y se establece como una pauta que permite discriminar los niveles de compromiso consigo mismos.

Sesión 3. ¿Estoy listo para hacerlo? : Rompiendo esquemas

Durante esta sesión debe realizarse con los pacientes un breve entrenamiento en toma de decisiones y solución de problemas. Es necesario detenerse en la importancia de la decisión como propia, individualizar la necesidad y el beneficio, minimizar el impacto de la evaluación social, recordar el derecho a la salud y al bienestar y el deber que cada uno tiene con ello. Valorar el costo de la crítica o la evaluación social, frente al beneficio de prevenir un cáncer o detectarlo a tiempo. Se trata de abordar todas aquellas creencias que interfieren negativamente en la decisión de asumir una conducta saludable, partiendo de que no se trata de reestructurarlas (pues no es el objetivo) sino de restarle valor obstaculizador al asumir conductas y estilos de vida más saludables (anexos 7 y 8). En general, los participantes obtendrán herramientas que les permitan asumir el riesgo de realizarse los exámenes en la cuarta fase.

Los resultados que obtengan los participantes en la prueba de conocimiento serán el indicador de si el individuo puede considerarse en la segunda etapa.

Por lo tanto, para obtener el porcentaje de todo el grupo en general se manejará la siguiente fórmula:

$$E2 = (M/N) * 100$$

E2= porcentaje de hombres que se encuentran en la segunda etapa

M= número de personas que aprobaron la prueba de conocimiento

N= número de personas que asistieron a la sesión

La cuarta y la quinta fases pueden presentarse paralelamente durante el proceso de adopción de precauciones; por lo tanto, es necesario que se

haga uso de ellas según el proceso personal de cada sujeto. Para determinarlo, la fase quinta solo se realizará con aquellos que no cumplan con los objetivos de la cuarta fase. Se espera que al superar la quinta fase, los sujetos retornen a la cuarta, dando cabal cumplimiento a la misma.

Fase 4: ME DECIDO: ¡ACTÚO!

Objetivo:

Facilitar que las personas decidan pasar a la acción

Duración: Máximo 30 minutos

Actividades

Las metas propuestas para el cumplimiento de esta cuarta fase son las siguientes:

- Concertar la cita para los exámenes preventivos del cáncer de próstata
- Entregar folleto con indicaciones sobre qué deben saber y preguntar a su médico durante la consulta (anexo 10)
- Decrementar la ansiedad y la incertidumbre favoreciendo que haya un espacio para hacer preguntas y resolver temores e inquietudes
- Resaltar la absoluta confidencialidad tanto en los resultados y en la decisión. Apartar la cita es un proceso que pueden realizar de forma independiente (a través de una llamada telefónica) o durante la sesión.
- Reforzar verbalmente a aquellos que hayan concertado la cita durante la sesión

- Reforzar a aquellos que lo hagan telefónicamente. Para ello, se entrena a la recepcionista para que emita una frase neutral pero reforzante (por ejemplo: *ojalá todas las personas y todos nuestros pacientes tomaran tan buenas decisiones como usted. Gracias por confiar en nosotros*) para el participante que llame a concertar su cita.

Con respecto a aquellas personas que no concertan cita puede suceder dos cosas: La primera es que retornen a la tercera fase y se refuerce el proceso de toma de decisiones y la segunda, que pasen a la quinta fase.

Fase 5: ¿Realmente es innecesario?: No te manipules

Objetivo:

Intervenir sobre la decisión que las personas toman con respecto a que realizarse los exámenes de próstata es innecesario para prevenirlo

Duración: Máximo 40 minutos

Actividades:

En esta fase se incluye a todos aquellos pacientes que hayan manifestado que no concertan la cita porque consideran que emprender la acción de prevenir el cáncer de próstata a través de estos dos exámenes (tacto rectal y PSA) es innecesario.

Por lo tanto, es necesario que con estas personas se trabaje, durante esta sesión, en un análisis costo beneficio promoviendo que se alcance un balance de las consecuencias de su comportamiento como única y

exclusivamente propias del ser humano. Por lo tanto, debe trabajarse sobre la percepción inmediateista de evitación y propender por que el participante reconozca que la asignación de un valor (maximización o minimización) a los estímulos puede ser el determinante de su salud o de su enfermedad. Finalmente, y es lo que especialmente debe comprender y reconocer el participante, es el individuo el que se comporta, el que emite su comportamiento en un contexto sociomaterial real y concreto, puede ser él el principal responsable de su comportamiento. Aunque es también esencial que no se sienta culpable o víctima de una situación en la que se sienta coaccionado. Se trata de que comprenda la importancia de la prevención primaria aunque aún no esté viendo el beneficio.

Fase 6: ¡LO HICE!

Objetivo:

Evidenciar que las personas vayan a la cita y se realicen los exámenes

Duración: Jornada completa

Esta fase durará el tiempo total de horas que tarden en pasar todos los participantes para realizarse los exámenes

Actividades:

Durante esta fase, las personas ya han tomado las precauciones destinadas a reducir el riesgo de cáncer de próstata: Asistir a la cita y permitir que le practiquen los dos exámenes (tacto rectal y PSA). Además, se considerará que esta fase se cumple si la persona solicita la cita para

reclamar los resultados y asiste a ella. Aquí se entrega el autorregistro de conductas preventivas, en donde el paciente anotará sus citas y cumplimiento de las mismas (anexo 3).

La conducta a seguir para la entrega de resultados depende del mismo:

(1). Si el resultado es negativo para cáncer de próstata o enfermedad de la próstata (la persona está sana), entonces:

El participante retorna a la institución a reclamar sus exámenes. Para ello, y en previo acuerdo con el médico, los resultados se entregarán en consulta con los objetivos de reforzar la conducta saludable, interpretar adecuadamente los resultados, recordar al paciente que debe consultar si aparece algún signo o síntoma antes de la siguiente cita (ya por ellos identificados aunque el médico debe repetirlos) y asignar dicha cita para seis meses después con fecha y hora.

(2). Si el resultado es positivo para cáncer de próstata o enfermedad de la próstata (la persona está enferma), entonces:

El participante retorna a la institución a reclamar sus exámenes. Para ello, y en previo acuerdo con el médico, los resultados se entregarán en consulta con los objetivos de reforzar la conducta saludable, interpretar adecuadamente los resultados, informar sobre el diagnóstico, proporcionar acompañamiento durante la comunicación del mismo, dar soporte o intervención en crisis, promover la acción inmediata de las órdenes médicas.

Después de la cita, es importante evaluar la experiencia y normalizar la situación ya que una interpretación de la situación como muy aversiva,

puede predecir la extinción del comportamiento preventivo o la evitación de la próxima cita de control.

Fase 7. ME MANTENGO ALERTA: CUIDO MI SALUD

Objetivos:

- Evaluar el mantenimiento de la conducta
- Promover estrategias dirigidas a mantener la precaución en caso de resultar necesario.

Duración: 1 año

El seguimiento de esta conducta en el tiempo puede resultar dispendioso pero es absolutamente necesario. Es muy probable que para aquellas personas cuya percepción de la invulnerabilidad sea muy alta o se haya mostrado muy alta durante las primeras fases del programa, la conducta muestre una regresión a la línea de base, es decir, que se recupere. Los exámenes para la prevención del cáncer de próstata deben realizarse en intervalos de seis meses a un año. Si embargo, y para efectos del programa, se realizarán a los seis meses y al año. Lo que implica dos momentos de evaluación.

Actividades:

Las actividades para esta última fase del programa están definidas según los dos controles que deben realizarse, como se describe a continuación.

Primer control

Para mantener la precaución, se envía a cada uno de los participantes un folleto informativo quince días antes de la cita (es importante que el folleto vaya dirigido directamente a la persona), recordando que se acerca la fecha de su control médico gratuito para la prevención del cáncer de próstata. Para el primer control, se anexa una oferta en la que si va con un familiar, amigo, o con otro hombre que quiera realizarse el examen de próstata, éste solo tendrá un costo de mil pesos (o una suma simbólica para el momento en que se realice el programa). Es necesario reforzar al participante sus conductas saludables reconociéndole un papel de líder y como tal, de promotor de su salud, de la de sus seres queridos, y de la de su comunidad al multiplicar la información.

Dos días antes de la cita, confirmar telefónicamente su asistencia, reforzando en esta ocasión su cumplimiento y compromiso consigo mismo.

El día de la cita de control se evalúa la asistencia a ésta y la solicitud para reclamar los resultados de los exámenes (donde se repite el procedimiento descrito para ello en la sexta fase) y para la próxima cita con fecha y hora seis meses después.

Segundo control

En esta ocasión solo se realizan las llamadas telefónicas el día anterior para confirmar la cita. Se espera que para entonces, la conducta esté completamente instaurada. Si en esta ocasión el paciente lleva a otro que se realiza el examen con el costo normal, entonces, el siguiente control anual que se le realice al paciente, tendrá un precio simbólico. Este es el último reforzador que se le entrega al paciente en reconocimiento de su proactividad y mantenimiento de su conducta. El resto del procedimiento es el mismo que se describió en la sexta fase.

Siempre que las personas hayan cumplido con éxito el objetivo u objetivos de cada una de las fases, pasarán a la siguiente. De lo contrario, se repetirá la fase hasta lograr el objetivo.

Impacto

El impacto del programa se evalúa de acuerdo con los resultados obtenidos en los cuestionarios y otros instrumentos utilizados (ver anexos), la asistencia a las sesiones, a la primera cita y a los controles.

También es importante evaluar si se realizaron las dos conductas preventivas (tacto rectal y PSA) ya que podría haber más resistencia al primero y por lo tanto, la no realización del examen mostraría un fracaso en el objetivo general del programa.

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario de Datos Personales

PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN CÁNCER DE PRÓSTATA

INSCRIPCIÓN

Bienvenido al programa de prevención primaria del cáncer de próstata. Ha tomado usted una excelente decisión al inscribirse; para nosotros siempre es un gusto trabajar por y para usted.

A continuación, le solicitamos diligenciar los datos que aparecen en este formulario de la manera más sincera y objetiva posible. La información que usted consigne aquí es de carácter absolutamente *confidencial*.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Edad: _____ años
2. Estrato: 0 1 2 3 4 5 6
3. Estado civil: Casado() Unión libre() Soltero () Separado () Viudo ()
4. Dirección:_____ Teléfono(s):_____
5. Número de hijos: _____
6. Ocupación actual: _____

INGRESOS ECONÓMICOS

7. Sus ingresos mensuales corresponden a:
 - a. Salario Mínimo legal ()
 - b. Entre 2 y 3 salarios Mínimos Legales ()
 - c. Entre 4 y 5 salarios Mínimos Legales ()
 - d. 6 o más Salarios Mínimos Legales ()

GRADO DE ESCOLARIDAD

8. Marque su grado de escolaridad

Primaria () Secundaria () Técnicos () Universitarios () Postgrado ()

Otros () ¿Cuáles? _____

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

9. Dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud usted es:

- a. Cotizante ()
- b. Beneficiario ()
- c. No tiene ningún tipo de afiliación a este sistema ()

ANTECEDENTES MÉDICOS

10. ¿Han existidos casos de cáncer en su familia? Sí () No ()

11. ¿Ha tenido o tiene usted algún tipo de cáncer? Sí () No ()

12. ¿Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades?

- a. Diabetes ()
- b. Hipertensión arterial ()
- c. Lupus ()
- d. Hiper/hipotiroidismo ()
- e. Enfermedad cardiovascular ()
- f. Artritis ()
- g. Otra(s) () ¿Cuál(es)? _____

13. Si usted está consumiendo algún tipo de medicamento, por favor indique su nombre y para qué lo toma.

Nombre del medicamento	Para qué lo toma

14. ¿Ha visitado alguna vez al psiquiatra y/o psicólogo? Sí () No ()

Por favor, mencione el motivo (recuerde que esta información es absolutamente confidencial):

GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN

Anexo 2

Examen de Conocimientos

PRUEBA DE CONOCIMIENTO

La siguiente prueba tiene como finalidad, identificar los conocimientos que usted ha obtenido durante las sesiones del taller de prevención primaria de cáncer de próstata.

Por favor, conteste falso o verdadero a las siguientes preguntas según su conocimiento:

1. Cáncer es una enfermedad maligna que no tiene cura ()
2. El cáncer puede ocurrir en cualquier parte del organismo()
3. En realidad no hay cáncer, sino un centenar de enfermedades cancerosas con unas mil formas ()
4. La próstata es una glándula de gran tamaño ()
5. La próstata sirve para la producción de líquido seminal que forma parte del semen o esperma ()
6. Algunos de los síntomas que se presentan cuando hay un cáncer en la próstata son: insuficiencia renal y hematuria, estas pueden ser flujo de orina débil o interrumpido y dificultad para comenzar o dejar de orinar, necesidad de orinar con frecuencia (noche), escozor doloroso al orinar; sangre en la orina; dolor óseo y dolor continuo en parte inferior de espalda, pelvis o muslos superiores. ()
7. Las diferentes neoplasias que se pueden presentar en la glándula prostática, afectan su funcionamiento causando los síntomas o signos de su presencia ()

8. los síntomas son iguales para todos los individuos que presentan cáncer de próstata ()
9. Otros síntomas pueden ser necesidad de orinar con frecuencia (noche), escozor doloroso al orinar; sangre en la orina; dolor óseo y dolor continuo en parte inferior de espalda, pelvis o muslos superiores. ()
10. Cuando hay dificultades en la próstata, puede haber dificultades en las relaciones sexuales ()

CALIFICACIÓN

Examen de Conocimientos

PRUEBA DE CONOCIMIENTO

Para calificar esta prueba de conocimiento, hay que conocer las respuestas correctas a cada una de las preguntas, estas son:

1. F
2. V
3. V
4. F
5. V
6. V
7. V
8. F
9. V
10. V

Puntuación:

De 0 a 2 preguntas buenas, no posee conocimientos necesarios

De 3 a 4 preguntas buenas, posee algunos, pero pocos conocimientos

De 5 a 6 preguntas buenas, posee algunos conocimientos

De 7 a 8 preguntas buenas, posee muy buenos conocimientos

De 9 a 10 preguntas buenas, posee todos los conocimientos necesarios.

Anexo 3

Autorregistro de Conductas Preventivas

El siguiente registro está diseñado para que usted lleve un control de sus citas médicas para la prevención del cáncer de próstata. Ubíquela en un lugar visible y no olvide revisarla periódicamente y anotar todas sus citas médicas. Recuerde también que una conducta preventiva efectiva implica la realización de los DOS exámenes.

Registro de conductas preventivas

	Nombre	Examen de antígeno prostático				Examen tacto rectal				
		Antes del programa		Después del programa		Antes del programa		Después del programa		Fecha
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										

Anexo 3

Autoexamen de factores de Riesgo

AUTOEXAMEN DE FACTORES DE RIESGO

Por favor marque sí o no en la columna de la derecha de acuerdo con su experiencia y opinión personal

	SÍ	NO
1. ¿Sus padres, sus abuelos o sus tíos, han tenido cualquier tipo de cáncer?		
2. ¿Han sufrido estos familiares cáncer de próstata específicamente		
¿Es fumador activo (diariamente)?		
3. ¿Es fumador pasivo (otras personas fuman y usted se encuentra cerca)?		
4. ¿Ha fumado durante más de 10 años?		
¿Consume frecuentemente bebidas alcohólicas? (2 veces por semana por lo menos una copa o una cerveza)		
5. ¿Se expone en su trabajo o en algún otro ambiente al humo de carros muy frecuentemente?		
6. ¿Se expone en su trabajo o en algún otro ambiente a sustancias químicas? ¿Cuáles? _____		
7. ¿Consume frecuentemente alimentos con alto contenido de grasa?		
8. ¿Ha tenido usted más de dos compañeras sexuales?		
9. ¿Ha tenido alguna(s) enfermedad(es) de transmisión sexual?		
10. ¿Ha tenido alguna enfermedad de la próstata? ¿Cuál? _____		
11. ¿Ha tenido alguna dificultad en su erección?		
12. ¿Ha tenido usted problemas o dificultades para orinar?		
13. ¿Cree usted que puede llegar a desarrollar cáncer de próstata?		
14. Cree usted que cualquier otra persona puede llegar a desarrollar cáncer de próstata?		
15. ¿Conoce usted alguien con cáncer de próstata?		
16. ¿Siente miedo de llegar a desarrollar cáncer de próstata?		

CALIFICACIÓN

Autoexamen de factores de Riesgo

AUTOEXAMEN DE FACTORES DE RIESGO

Cualquier respuesta positiva de las preguntas 1 a 13, es un factor que puede influir en el desarrollo de cáncer en general y de cáncer de próstata, el número de respuestas positivas es directamente proporcional con el riesgo personal de desarrollar cáncer.

Las preguntas 14 a 17, son específicamente sobre la percepción de vulnerabilidad de los sujetos hacia desarrollar cáncer de próstata.

La pregunta más importante sobre la percepción de vulnerabilidad es la pregunta 14, esta trata sobre la vulnerabilidad individual de desarrollar cáncer de próstata. Puesto que el sujeto puede conocer casos de próstata, pensar que otras personas pueden desarrollar y aun, mantener un sesgo optimista con respecto a su propia vulnerabilidad. Una respuesta positiva a esta pregunta es un buen indicador de que el sujeto se percibe a si mismo vulnerable y que tiene una buena probabilidad de realizar las conductas preventivas.

La pregunta 15, es sobre el conocimiento del riesgo en los demás, esta pregunta debe ser analizada con la pregunta 14, ya que el individuo puede contestar que si conoce el riesgo de los demás, pero mantener un sesgo optimista con respecto a su propio riesgo, o al contrario creer que él tiene un gran riesgo y que los demás no corren riesgo.

La pregunta 16 es sobre conocer casos reales de cáncer de próstata, que puede hacer que aumente la probabilidad de que el sujeto se perciba a sí mismo vulnerable.

La pregunta 17 es sobre el miedo a llegar a desarrollar cáncer de próstata. Si hay una respuesta positiva en esta pregunta, tiene un buen significado con respecto de la vulnerabilidad, ya que sentirse vulnerable es pensar que se puede desarrollar la enfermedad y en cierto modo el significado de cáncer esta ligado socialmente a la muerte y esta idea en muchas personas es un disparador de pensamientos de temor.

Anexo 4

Factores que influyen en la decisión

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES

Las siguientes preguntas están relacionadas con factores que influyen en la ejecución o no de las conductas preventivas. En el caso específico los exámenes preventivos para el cáncer de próstata.

Por favor, lea cuidadosamente y marque con una x en la casilla correspondiente su respuesta

	SÍ	NO
1. Pienso que puedo llegar a desarrollar cáncer de próstata.		
2. Cuando tengo dificultades de salud, lo resuelvo solo sin la ayuda de nadie		
3. Creo poseer todas las habilidades para enfrentar cualquier tipo de dificultad		
4. Creo que al hacerme el examen de próstata puedo cambiar mi orientación sexual		
5. Los demás pueden desarrollar cáncer de próstata tanto como yo		
6. Necesito que mi grupo apruebe mi examen de próstata		
7. Cuando voy a consultas médicas generalmente voy solo		
8. Soy capaz de manejar la mayor parte de los problemas que surgen en la vida		
9. Creo que si me hago el examen de próstata mi desempeño sexual no va a ser igual.		
10. Le temo al cáncer de próstata		
11. Si mi grupo de amigos se realizaran el examen, yo también me lo haría		

Prevención primaria del cáncer de próstata

12. No me gusta pedirle ayuda a alguien		
13. Tengo las habilidades necesarias para enfrentar un cáncer de próstata		
14. Ningún hombre debería realizarse el examen de próstata		
15. Me interesa conocer sobre cáncer de próstata		
16. Me da miedo pensar que se burlarían de mí si les digo que me realice un examen de próstata		
17. Si el examen fuera gratis, lo haría		
18. Me preocupa el costo del examen de próstata		
19. Pienso que el examen de próstata duele		
20. Me interesa lo que piensan de mí		
21. He pensado en la decisión de realizarme en examen de próstata		
22. Conozco todos los medios para acceder al examen de próstata		
23. He tomado la decisión de hacerme el examen de próstata, pero en distintas ocasiones me he arrepentido		
24. Nunca he pensado en realizarme el examen de próstata		
25. Voy a realizarme el examen de próstata.		

CALIFICACIÓN

Factores que Influyen en la decisión

Esta prueba, más que una evaluación, es un autoexamen de reflexión sobre aquellos factores individuales y sociales que influyen en las decisiones de ejecutar o no las conductas preventivas y contiene algunos factores que influyen especialmente en el cáncer de próstata.

La prueba mide la influencia de 6 factores específicamente, cada factor tiene sus propias preguntas, para calificar la prueba hay que conocer las preguntas que mide cada factor, estas son:

Variables

Invulnerabilidad : 1,5,10,15

Negativa a buscar ayuda: 2,7,12

Autoeficacia: 3,8,13

Esquemas sociales: 4,9,14,19

Aprobación social: 6,11,16,20

Costos: 17,18

Es necesario medir cada variable de manera individual, para conocer cuántas de estas variables influyen finalmente en las conductas preventivas.

Invulnerabilidad:

Por cada respuesta positiva califique como 1 y por las respuestas negativas califique 0,

Si su calificación es de 3 a 5 significa que se siente vulnerable, por lo tanto la invulnerabilidad no es un factor que influye en su decisión de realizar el examen de próstata.

Si su calificación es menor de 3 significa que se percibe así mismo como invulnerable y puede ser un factor que influye en su decisión de realizar el examen de próstata.

Negativa a buscar ayuda

Por cada respuesta positiva califique como 1 y por cada negativa califique como 0, si su calificación es 2 o 3, significa que es una persona que no busca ayuda cuando tiene algunas dificultades, puede ser que este factor influya con no realizarse el examen preventivo.

Si su calificación es 0 o 1, significa que usted busca ayuda, es decir este factor puede que no influya en su decisión de realizar el examen de próstata

Autoeficacia

Por cada respuesta positiva califique 1 y por cada negativa califique 0, si su calificación es 2 o 3, significa que se percibe a si mismo como una persona autoeficaz, es decir que este factor puede que no influya en su decisión de realizar el examen preventivo.

Si su calificación es 0 o 1, significa que probablemente se perciba a usted mismo como poco eficaz, y este puede ser un factor que influya en su decisión de realizar el examen.

Esquemas sociales

Por cada respuesta positiva califique 1 y por cada negativa califique 0, si su calificación es 2, 3 o 4, significa que usted posee algunos esquemas sociales que pueden estar influenciando en que tome la decisión de realizar o no el examen de próstata.

Si su calificación es 0 o 1, entonces puede que no posee esquemas sociales que influyan en su decisión de realizar los exámenes preventivos.

Aprobación social

Por cada respuesta positiva califique 1 y por cada respuesta negativa califique 0, si su calificación es 3 o 4, entonces su necesidad de aprobación social, puede que influya en su decisión de realizar el examen de próstata.

Si su calificación es 1 o 2, entonces puede que tenga una baja necesidad de aprobación, y que esta no influya en su decisión de realizar el examen de próstata.

Costos

Por cada respuesta positiva califique 1 y por cada respuesta negativa califique 0, si ambas respuestas fueron si, entonces puede que los costos influyan en su decisión de realizar el examen. Si ambas respuestas son negativas entonces los costos no le preocupan.

Si una de sus respuestas es positiva y la otra no, entonces quiere decir que hay que analizar un poco mas si los costos influyen o no en la decisión de realizar los exámenes preventivas.

Anexo 5

Evaluación de Estrategias Publicitarias

EVALUACION SOBRE ESTRATEGIAS PUBLICITARIAS

Esta prueba está diseñada para evaluar si las estrategias publicitarias utilizadas, sirvieron para motivarlo a que se realizara el examen de próstata

Lea cuidadosamente y marque con una x en la casilla que considere de su elección.

Los ítems se evaluarán en las dimensiones que se proponen a continuación:

Muy en desacuerdo

En desacuerdo

De acuerdo

Muy de acuerdo

Por ejemplo

1. Considera que este tipo de publicidad debe ser permanente

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1.				x

Preguntas	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Considera usted que los folletos y/o publicidad recibida es personalizada				
2. Piensa usted que la información recibida sobre el cáncer de próstata es suficiente y resuelve sus dudas				
3. Te mencionan las ayudas publicitarias los beneficios que obtienes al realizarte los exámenes preventivos				
4. Consideras que este tipo de publicidad debe ser permanente				
5. A través de la publicidad recibida me siento motivado a realizarme los exámenes preventivos				
6. Considero que la información suministrada a través de la publicidad influyó en que me practicara los exámenes preventivos				
7. Tengo claro por medio de la información recibida a través de la publicidad que soy vulnerable al cáncer de próstata				
8. Considero que las estrategias publicitarias utilizadas no son pertinentes para trata el tema de la prevención del cáncer de próstata				
9. Recomendaría mejorar las estrategias utilizadas en busca de ofrecer una mejor información				
10. Considero oportuna la información recibida a través de la publicidad sobre el cáncer de próstata.				

Procesamiento de la Información de las Estrategias Publicitarias

Para medir la influencia de las estrategias publicitarias sobre la ejecución de las conductas preventivas de cáncer de próstata, se utilizara una evaluación que contestaran los participantes del programa, este análisis se realizará utilizando la siguiente formula estadística básica:

$$P = (Z/n) * 100$$

P = Porcentaje de hombres en los que las ayudas publicitarias influyeron en realizar la conducta.

Z = número de hombres que contestaron positivamente a la prueba

N = número de hombres que contestaron la prueba de ayuda publicitarias.

Anexo 6

Prueba de Autoeficacia

PRUEBA DE AUTOEFICACIA

Los siguientes enunciados describen los sentimientos y reacciones de las personas frente a diferentes situaciones.

Por favor lea cuidadosamente y marque con una x en la casilla correspondiente lo que usted cree se acerque a su pensamiento o manera de actuar.

	SI	NO
1. Pienso que soy capaz de realizar cualquier conducta sin la presión de otros.		
2. Evito enfrentar dificultades.		
3. Me siento inseguro de mi habilidad de realizar algunas cosas.		
4. Cuando me propongo lograr metas importantes, rara vez las alcanzo.		
5. Me siento inseguro de mi habilidad para realizar cosas.		
6. Me doy por vencido fácilmente.		
7. Soy capaz de manejar la mayor parte de los problemas que surgen en tu vida.		
8. Me considero una persona exitosa.		
9. Me sometería a cualquier tipo de examen para prevenir alguna enfermedad.		
10. Me considero capaz de resolver cualquier dificultad de mi vida		
11. Me inmovilizo ante una situación donde pierdo el control.		
12. Para alcanzar una meta busco diversas alternativas.		
13. Generalmente desfallezco ante el primer obstáculo cuando voy tras un objetivo		

14. Cuando vislumbro dificultades para alcanzar una meta propuesta me desanimo.		
15. Experimento motivación ante los retos.		
16. Me considero una persona eficaz.		
17. Pienso que soy incapaz de realizar algunas labores de mi vida en general.		
18. Soy de las personas que anticipan el futuro de una manera negativa.		
19. Soy el arquitecto de mi futuro.		
20. Cuando no alcanzo lo que me propongo, me doy por vencido la primera vez.		

La fórmula estadística utilizada para el análisis de esta variable en toda la población será:

$$Au=(Z/n)*100$$

Au = porcentaje de individuos con baja autoeficacia

Z = número de hombres cuyos resultados muestran baja autoeficacia

n = número de hombres que contestaron la prueba de autoeficacia

CALIFICACIÓN

Prueba de Autoeficacia

Para calificar esta prueba de Autoeficacia, se tendrá en cuenta el puntaje obtenido. Algunas respuestas tienen el valor de 1 y otras tienen el valor de 0. Obtenga su puntaje de acuerdo a la tabla a continuación y al finalizar la prueba se suman todas las respuestas y se compara con la escala al final de la hoja.

Las preguntas, cuyas respuestas tienen puntuación de 1, son: (la respuesta contraria tendrá una puntuación de 0)

1. Sí
2. no
3. no
4. no
5. no
6. no
7. si
8. si
9. si
10. si
11. no
12. si
13. no
14. no
15. si
16. si
17. no
18. no
19. si
20. no

Puntuación:

De 0 a 5 puntos, posee una autoeficacia extremadamente baja.

De 6 a 10 puntos, posee una autoeficacia baja.

De 11 a 15 puntos, posee una autoeficacia media

De 16 a 20 puntos, posee una autoeficacia alta.

Anexo 7

Esquemas Sociales

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS SOCIALES

NOMBRE: _____ **EDAD** ____ años

A continuación encontrará una serie de preguntas a las que usted debe contestar SI o NO, marcando con una X en la casilla correspondientes

	SÍ	NO
1. Cree usted que a un hombre al que se le ha extirpado la próstata puede tener hijos		
2. Cree usted que al realizarse el examen tacto rectal de próstata cambiaría su orientación sexual de heterosexual a homosexual.		
3. Solo los hombres con orientación sexual homosexual o bisexual se realizan el examen tacto rectal de próstata		
4. Cree usted que la mayoría de los hombres que le propusieran hacerse el examen tacto rectal se negarían a hacérselo.		
5. El hacerse el examen tacto rectal de próstata tiene consecuencias negativas		
6. Cree usted que el hacerse el examen de próstata implica la incisión de los testículos.		
7. Cree usted que el hecho de realizarse examen de próstata le generara impotencia sexual		
8. Cree usted que la conducta machista influye en la actitud negativa de los hombres hacia el examen tacto rectal de próstata.		
9. No se realiza el examen de próstata por que cree usted que es una persona que no puede desarrollar este tipo de enfermedad.		

GRACIAS

CALIFICACIÓN CUESTIONARIO DE ESQUEMAS SOCIALES

1. Las respuestas correctas al cuestionario indicaran que el sujeto evaluado posee esquemas racionales con respecto al examen de cáncer de próstata.
2. Para calificar esta prueba de conocimiento, hay que conocer las respuestas correctas a cada una de las preguntas, estas son:

Preguntas	Tipo de respuesta (esquema)	
	SI	NO
1	X	
2		X
3		X
4		X
5		X
6		X
7		X
8		X
9		X

La fórmula estadística utilizada para el análisis de esta variable en toda la población será:

$$Es = (Z/n) * 100$$

Es= Porcentaje de hombres con esquemas sociales erróneos

Z= Número de hombres cuyos resultados muestran esquemas sociales erróneos

n= Número de hombres que contestaron la prueba de esquemas sociales

Anexo 8

Aprobación Social

APROBACIÓN SOCIAL

Los siguientes enunciados describen los sentimientos y reacciones de las personas frente a diferentes situaciones.

Por favor lea cuidadosamente y marque con una x en la casilla correspondiente lo que usted cree se acerca a su pensamiento o manera de actuar.

	SI	NO
1. La gente que me rodea ejerce una gran influencia sobre mi		
2. Algunas veces tomo decisiones, a pesar de no estar de acuerdo, con tal de ser aprobado por mis amistades		
3. Soy capaz de tomar decisiones sin ser influenciado por otras personas		
4. Mi comportamiento está directamente relacionado con lo que percibo que es agradable para las personas que me rodean		
5. Me comporto de igual manera en todos los ambientes en los que me desenvuelvo		
6. Los comentarios de mis compañeros o amigos pueden llegar afectarme o motivarme en gran medida		
7. Generalmente, los comentarios que suscitaran mis acciones, me bloquean al momento de actuar		
8. Al momento de realizar una acción solo tengo en cuenta mi propio criterio		
9. Resuelvo mis problemas sin necesidad de opinión de terceras personas		
10. Puedo romper la cadena que conecta lo que los demás piensan, dicen y hacen con respecto a mí		
11. Confío en mi mismo cuando tomo una decisión, sin necesidad de consultar con alguien cuya opinión valoro mucho		
12. Generalmente necesito halagos de otros de una manera indirecta, con el fin de esperar aprobación de la gente		
13. En algunas ocasiones me he sentido infeliz porque alguien a quien aprecio tiene una opinión contraria a la mía, y no soy capaz de expresar mi desacuerdo		
14. Pido permiso para hablar, o hacer cualquier cosa en mi vida porque temo al desagrado de la gente		
15. Pido excusa continuamente para que otros me perdonen y me aprueben constantemente		
16. Generalmente no emito un comentario o declaración para evitar reacciones de desagrado		
17. Me siento abatido cuando alguien no está de acuerdo conmigo		
18. Hago cosas para que otros se sientan bien conmigo y no me atrevo a decirle que no		
19. Soy excesivamente amable con algunas personas aunque no esté de acuerdo con lo que dicen o hacen		

CALIFICACIÓN

Para calificar esta prueba de Autoeficacia, se tendrá en cuenta el puntaje obtenido. Algunas respuestas tienen el valor de 1 y otras tienen el valor de 0. Obtenga su puntaje de acuerdo a la tabla a continuación y Al finalizar la prueba se suman todas las respuestas y se compara con la escala al final de la hoja.

Las preguntas, cuyas respuestas tienen puntuación de 1, son:
(la respuesta contraria tendrá una puntuación de 0)

1. no
2. no
3. si
4. no
5. si
6. no
7. no
8. si
9. si
10. si
11. si
12. no
13. no
14. no
15. no
16. no
17. no
18. no
19. no

Puntuación:

De 0 a 5 puntos, posee una alta necesidad de aprobación social

De 6 a 10 puntos posee una mediana necesidad de aprobación social

De 11 a 15 puntos, posee una baja necesidad de aprobación social

De 16 a 21 puntos posee una aprobación social muy baja.

Desaprobación Social.

Fórmula estadística utilizada para el análisis de esta variable en toda la población será:

$$Ds = (Z/n) * 100$$

Ds = porcentaje de hombres con alta desaprobación social

Z = número de hombres cuyos resultados muestran alta necesidad de aprobación social

N = número de hombres que contestaron la prueba de desaprobación social

Anexo 9

Folleto informativo

REFERENCIAS

- Brannon, L., y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. España: Paraninfo.
- Herrera, A. (2000). *Manual de Oncología*. (1ª edición). México: Mc Graw Hill.
- Forero, M., Zea, M., y Mejía, P.(1997). *Guía para la detección precoz y el control del cáncer de cuello uterino*. Salud Mujer: 32-35
- Smail, S. (1992). *Conocer el Cáncer*. España: Atril
- De vita, V., Hellman, S., y Rosenberg, S. (1984). *Principios y Prácticas de Oncología* España: Salvat
- Walsh, P., Gittes, R., Perlmutter, A., y Stamey, T. (1988). *Cambell urología*. Argentina: Panamericana
- Kurth, K; Mickisch, G; Schroder, F. (1999) *Renal, bladder and prostate cancer and update*:_USA: The parthenon publishing group.
- Asociación Española contra el Cáncer. (1991). *Libro de consultas para enfermeras sobre el cáncer*.(6ª. Ed). España
- Rodríguez, J., Plaza, V. y Paz, M. (1999) *Análisis del efecto de variables psicológicas en el desarrollo y pronóstico del cáncer. Un estudio retrospectivo*. Suma Psicológica 6,161-174
- Sabiston, D. (1995) *Tratado de Patología Quirúrgica* . INTERAMERICANA
- Veronesi, U. (1991). *Tratado de Cirugía Oncológica*. PANAMERICANA
- Bendich. A, Deckelbaum, R. (2001). *Primary and Secondary Preventive Nutrition*
The New England Journal of Medicine.
- Goldman, L (1993). *Self-perception variables that mediate AIDS- preventive behavior in college students*. *Rev Health Psychology*. Pag. 489-498
- Rothman, A., y Salovey, P. (1997). *Shaping perceptions to motivate healthy behavior: the role of message framing*. *Rev Psychological Bulletin* Pag.3-19
- Azar, B. (1999). *Tailored interventions prove more effective*. Disponible en:
www.apa.org

- Prochaska, J. (1994). *Strong and weak principles for progressing from Precontemplación to action on the basis of twelve problem behaviors*. *Rev. Health Psychology*. Pág. 47–51
- Prochaska, J., Diclemente, C., Norcross, J. (Septiembre 1992). *In search of how people change: Applications to addictive behaviors*. *Rev. American Psychologist*. Pag 1102–1114
- Salovey, P. (Septiembre 2002). *Applying Persuasion Strategies to Alter HIV- Relevant Thoughts and Behavior*. *Rev. Review of general psychology*. Pág. 287-304 .
- Kaplan, R (Abril 2000). *Two Pathways to Prevention* .*Rev. American Psychologist*. Pag382–396
- Prochaska, J.(Agosto 1993). *I Think We Can*. *Professional Psychology: Research and practice*. Pag 250-251.
- Bresler, C. (Febrero 1988) *Health Promotion in the Community: Development of a Curriculum for Predoctoral*.
- Buela Casal, G., Fernández-Ríos, L., y Carrasco, T.J. (1997). *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Psicología pirámide.