



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS

**“CREENCIAS EN SALUD SOBRE LA DETECCION OPORTUNA DE CANCER
DE PROSTATA CON LA DETERMINACION DE ANTIGENO PROSTATICO EN
PACIENTES HOMBRES DE 45 A 69 AÑOS EN UMF 1 DELEGACION IMSS
AGUASCALIENTES”**

PRESENTA

José Alfredo Murillo Ruvalcaba

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Dra. Ernestina Montalvo Vásquez

Tutor

Aguascalientes., Ags. Febrero 2014



JOSÉ ALFREDO MURILLO RUVALCABA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“CREENCIAS EN SALUD SOBRE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE PRÓSTATA CON LA DETERMINACIÓN DE ANTÍGENO PROSTÁTICO EN PACIENTES HOMBRES DE 45 A 69 AÑOS EN UMF 1 DELEGACIÓN IMSS AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 20 de Febrero de 2014.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2014.

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON.
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.
PRESENTE.

Por medio de la presente, le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 IMSS de la Delegación Aguascalientes:

JOSÉ ALFREDO MURILLO RUVALCABA

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

“CREENCIAS EN SALUD SOBRE LA DETECCION OPORTUNA DE CANCER DE PROSTATA CON LA DETERMINACION DE ANTIGENO PROSTATICO EN PACIENTES HOMBRES DE 45 A 69 AÑOS EN UMF 1 DELEGACION IMSS AGUASCALIENTES”

Número de registro: **R-2013-101-13** del Comité Local de Investigación No. 101
Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**.

El **Dr. José Alfredo Murillo Ruvalcaba** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Carlos A. Prado A.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR.
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2014.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

Por medio de este conducto le informo que el **DR. JOSÉ ALFREDO MURILLO RUVALCABA**, Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, cuyo proyecto de tesis.

“CREENCIAS EN SALUD SOBRE LA DETECCION OPORTUNA DE CANCER DE PROSTATA CON LA DETERMINACION DE ANTIGENO PROSTATICO EN PACIENTES HOMBRES DE 45 A 69 AÑOS EN UMF 1 DELEGACION IMSS AGUASCALIENTES”

Ha concluido satisfactoriamente.

Número de registro: **R-2013-101-13** del Comité Local de Investigación No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no hago inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que usted preside quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

Dra. Ernestina Montalvo Vázquez

Directora de Tesis

AGRADECIMIENTOS

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Agradezco a la Dra. Ernestina Montalvo Vásquez por haber confiado en mi persona, por la paciencia y por la dirección de este trabajo.

A la Dra. Ana Hortensia López Ramírez por los consejos, el apoyo y el ánimo que me brindó.

Gracias también a mis queridos compañeros, que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante estos casi tres años de convivir dentro y fuera del salón de clase, gracias.

A mi madre y a mi hermano que me acompañaron en esta aventura que significó la especialidad médica y que, de forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos.

A mi padre, que a pesar que estas en el cielo siempre estuvo atento para saber cómo iba mi proceso.

Gracias a todos

DEDICATORIA

A mis padres, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada una meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mi hermano Víctor y mis sobrinos Emiliano y Fernanda.

A mis maestros del Servicio de Urgencias especialmente del IMSS Hospital General de Zona 2 Aguascalientes Dr. Carmona, Dr. Moreno, Dra. Lobato, Dr. Díaz Cuellar, Dra. Aime García, Dr. Domínguez, Dr. Tafoya, Dr. Marino Portillo, Dr. Medina, Dr. García Silva gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Mil palabras no bastarían para agradecer su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL..... 1

INDICE DE TABLAS..... 3

INDICE DE GRAFICOS..... 4

INDICE DE FIGURAS..... 5

ACRONIMOS..... 6

RESUMEN..... 7

ABSTRACT..... 8

INTRODUCCION..... 9

1. CAPITULOS..... 11

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 11

 1.1A Características socioeconómicas y culturales de la población en estudio..... 11

 1.1B Panorama de salud del estado de Aguascalientes..... 12

 1.1C Descripción de la naturaleza del problema..... 13

 1.1D Nivel de conocimiento..... 13

 1.1E Distribución del problema..... 14

 1.1F Magnitud y trascendencia..... 15

 1.1G Argumento convincente de que el conocimiento disponible No es suficiente para solucionarlo..... 15

 1.1H Descripción del tipo de información que se espera obtener..... 17

 1.1I Pregunta de investigación..... 17

 1.1J Lista de conceptos indispensables utilizados en el Planteamiento del problema..... 18

1.2 ANTECEDENTES CIENTIFICOS..... 19

1.3 JUSTIFICACION..... 22

1.4 MARCO TEORICO..... 24

 1.4A Constructos del modelo de creencias en salud..... 24

 1.4B Desarrollo del modelo de creencias en salud..... 26

 1.4C Aportes del modelo creencias en salud..... 28

1.5	OBJETIVOS.....	31
1.5A	Objetivo general.....	31
1.5 B	Objetivos específicos.....	31
1.6	METODOLOGIA.....	32
1.6A	Diseño del estudio.....	32
1.6B	Población de estudio.....	32
1.6C	Criterios de selección de población.....	32
1.6D	Muestreo.....	33
1.6E	Logística.....	33
1.6F	Recolección de información.....	34
1.6G	Plan de análisis de datos.....	34
1.6H	Descripción de variables.....	34
1.6I	Aspectos éticos.....	35
2.	RESULTADOS.....	36
3.	DISCUSION DE RESULTADOS.....	48
4.	RECOMENDACIONES.....	50
5.	LIMITACIONES.....	51
	CONCLUSIONES.....	52
	GLOSARIO.....	53
	BIBLIOGRAFIA.....	54
	ANEXOS.....	58

INDICE TABLAS

TABLA 1 Tabla variables sociodemográficas..... 36

TABLA 2 Tabla Susceptibilidad percibida..... 40

TABLA 3 Tabla Beneficios percibidos..... 40

TABLA 4 Tabla Barreras percibidas..... 41

TABLA 5 Tabla autoeficacia percibida..... 41

TABLA 6 Tabla severidad percibida..... 42

TABLA 7 Tabla de contingencia Edad y susceptibilidad percibida..... 43

TABLA 8 Tabla de contingencia Edad y Beneficios percibidos..... 44

TABLA 9 Tabla de contingencia Edad y percepción de barreras..... 45

TABLA 10 Tabla de contingencia Escolaridad y percepción de barreras..... 46

TABLA 11 Tabla de contingencia Escolaridad y percepción de autoeficacia..... 47

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1 Procedencia.....37

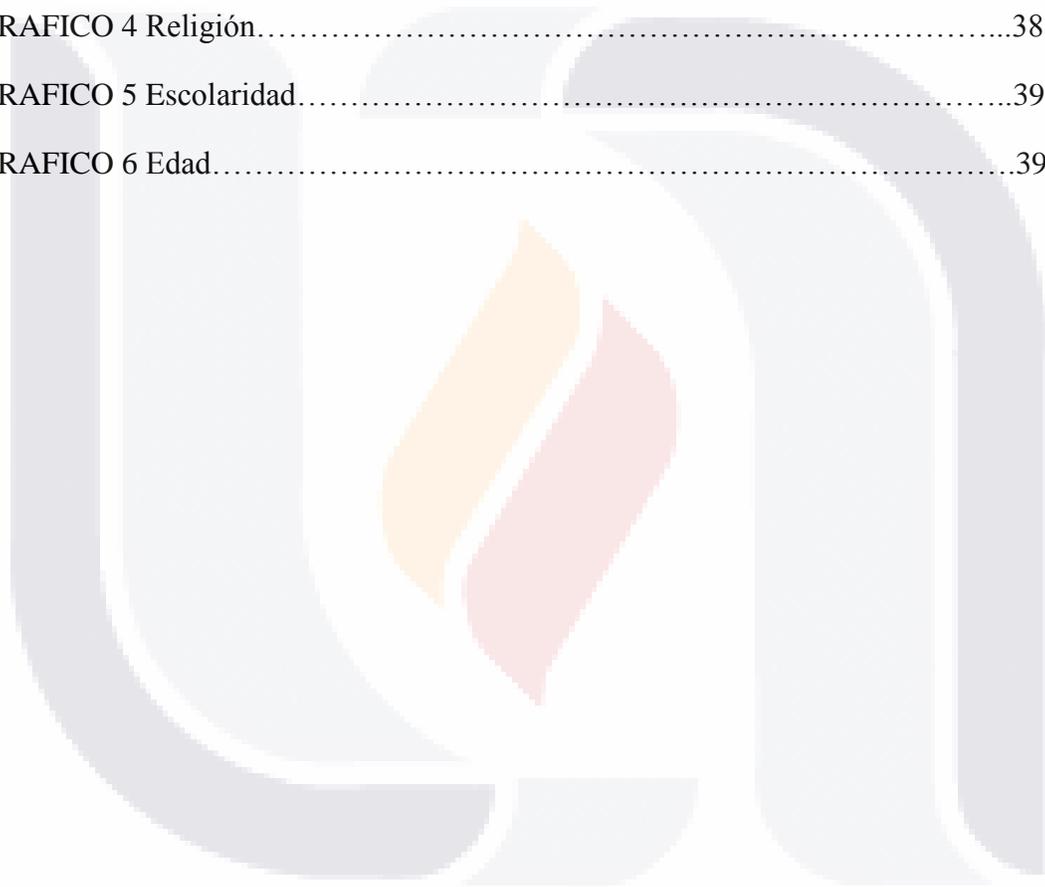
GRAFICO 2 Ocupación.....37

GRAFICO 3 Estado civil38

GRAFICO 4 Religión.....38

GRAFICO 5 Escolaridad.....39

GRAFICO 6 Edad.....39



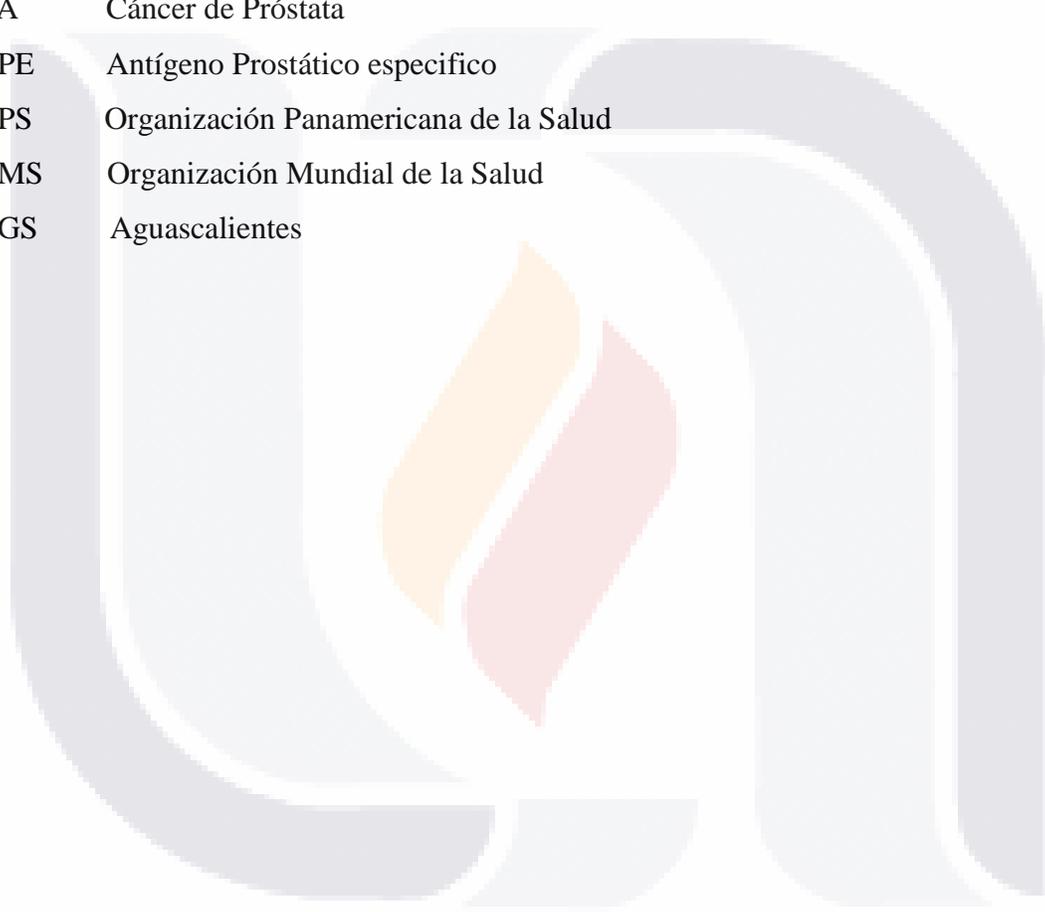
INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Modelo de Creencias en Salud..... 26



ACRONIMOS

MCS	Modelo de Creencias en salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
HGZ	Hospital General de Zona
UMF	Unidad de Medicina Familiar
CA	Cáncer de Próstata
APE	Antígeno Prostático específico
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
AGS	Aguascalientes



RESUMEN

“CREENCIAS EN SALUD SOBRE LA DETECCION OPORTUNA DE CANCER DE PROSTATA CON LA DETERMINACION DE ANTIGENO PROSTATICO EN PACIENTES HOMBRES DE 45 A 69 AÑOS EN UMF 1 DELEGACION IMSS AGUASCALIENTES”

INTRODUCCION: La detección de cáncer de próstata en primer nivel es crucial para reducir los índices de mortalidad asociados a esta. Ante la limitación para realizar acciones de prevención primaria, la prevención secundaria mediante la determinación sérica del antígeno prostático específico APE, es el principal recurso que se ofrece a la población que se encuentra asintomática. El comportamiento en salud y en enfermedad se han conocido históricamente como la actividad efectuada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo, con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad o, mejor aún, de detectarla en una etapa aún asintomática las personas toman decisiones sobre su salud según las creencias, percepción y valoraciones sobre situaciones y consecuencias que de ellas se deriven. *OBJETIVO:* Identificar las creencias en salud sobre la detección oportuna de cáncer de próstata con la determinación de antígeno prostático en pacientes hombres de 45 a 69 años de edad en UMF 1 Delegación IMSS Aguascalientes. *MATERIALES Y METODOS:* Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en una muestra probabilística no aleatoria de hombres entre 45 y 69 años de edad de la UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes, se realizó una entrevista con un cuestionario basado en el MCS adaptado y validado con un alfa de Cronbach de 0.74%. Se utilizó el programa SPSS21 para el análisis estadístico. *RESULTADOS:* Se identificó susceptibilidad percibida de 64.4%, 25.46% indecisos y 10.1% no susceptibles, Beneficios percibidos 95.4%, 4.55% indecisos, Barreras percibidas 45.6% presentan barreras, 8.95 indeciso y 45.42 no presenta barreras, Autoeficacia percibida 83.02% se considera auto eficaz, 9.23% no lo son y 7.15 indeciso, Severidad percibida el 66.17% considera severo realizar el estudio 5.62% indiferente, 28.15% no considera haya gravedad *CONCLUSIONES:* Los componentes del MCS identificaron una relación con conductas preventivas, percibieron los beneficios de la prevención con la determinación sérica de APE, sin embargo se identificaron conductas no saludables pues no realizan las acciones preventivas.

ABSTRACT

“CREENCIAS EN SALUD SOBRE LA DETECCION OPORTUNA DE CANCER DE PROSTATA CON LA DETERMINACION DE ANTIGENO PROSTATICO EN PACIENTES HOMBRES DE 45 A 69 AÑOS EN UMF 1 DELEGACION IMSS AGUASCALIENTES”

INTRODUCTION: The detection of prostate cancer in first level is crucial to reduce the death rates associated with this. Given the limitation of actions for primary prevention, secondary prevention by serum prostate specific antigen PSA is the main resource offered to the population is asymptomatic. The behavior in health and disease have been known historically as the activity performed by a person believed healthy or wants to be, in order to prevent or mitigate a disease or , better yet, an even detect asymptomatic stage people make decisions about their health according to the beliefs , perceptions and assessments of situations and consequences that arise . To identify the Health Belief on early detection of prostate cancer with prostate specific antigen determination in male patients between 45 and 69 years old in one UMF Aguascalientes IMSS delegation. *MATERIALS AND METHODS:* An observational, descriptive, cross-sectional study in a random sample of men between 45 and 69 years of age UMF 1 IMSS delegation Aguascalientes, an interview was conducted with a system based on MCS questionnaire adapted and validated Cronbach's alpha of 0.74 % . The SPSS21 program for statistical analyzes. *RESULTS:* Perceived susceptibility of 64.4 % , 25.46 % undecided and 10.1% not likely, Perceived benefits 95.4 % , 4.55 % undecided , Barriers perceived 45.6 % have barriers, 8.95 indecisive and 45.42 no barriers, self-efficacy perceived was identified 83.02 % auto is considered effective , 9.23 % and 7.15 are not indecisive, the perceived severity 66.17 % considered severe conduct the study indifferent 5.62% , 28.15 % feel no gravity. *CONCLUSIONS:* MCS components identified a relationship with preventive behaviors, perceived benefits of prevention serum PSA determination, however unhealthy behaviors were also identified as not performing.

INTRODUCCION

El cáncer de próstata es una enfermedad importante en hombres y más común conforme aumenta la edad. Un hombre promedio tiene 17% de riesgo de padecer cáncer de próstata pero sólo 3% de riesgo de morir de esta enfermedad; los hombres de edad avanzada mueren con cáncer de próstata pero no a causa de él. ⁽¹⁾

El objetivo de la prevención y detección oportuna es identificar una enfermedad en una etapa temprana para que el tratamiento pueda prevenir la muerte o el sufrimiento. Las creencias populares han sido importantes en la evolución de la especie humana. Según Harris, la cultura, es ese *“todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre de una sociedad”*. ⁽¹⁾ Toda creencia se desarrolla, transmite y mantiene a través de la experiencia del grupo social que la práctica y del contexto ambiental. Las creencias que se relacionan con la salud y con la enfermedad están bien arraigadas en el entorno cultural; los cuidados de la salud cuya base es el saber científico generan conflictos mientras se integran al legado cultural del grupo. Hay costumbres y creencias que se consideran erradas desde la perspectiva de la medicina científica, aunque sean lógicas y útiles en la vida cotidiana de las personas que las sostienen. ⁽¹⁾

El cáncer de próstata es un problema de Salud Pública en México es la primera causa de muerte por neoplasias en hombres en edad pos productiva, la edad media en el momento del diagnóstico es a los 65 años de edad; es de crecimiento lento que puede mantenerse por un largo tiempo sin presentar síntomas. ⁽²⁾

En México en el 2006, de acuerdo con información del INEGI, 8 de cada 100 egresos hospitalarios de hombres fueron por cáncer de próstata. ⁽³⁾ Se ha calculado que la incidencia de cáncer de próstata se incrementa en 15 veces en hombres mayores de 65 años, comparada con hombres más jóvenes. No obstante, que un hombre promedio tiene un 17% de riesgo de padecer cáncer de próstata durante su vida, sólo tiene un 3% de riesgo de morir de dicha

enfermedad; de hecho, se ha determinado que los hombres de edad avanzada mueren con cáncer de próstata pero no a causa de él. ⁽⁴⁾

La detección oportuna mediante antígeno prostático específico (APE), permite el diagnóstico temprano del tumor. Cuando las concentraciones de APE están por encima de 10 ng/ml, se considera como positiva, con una alta probabilidad de asociarse con el cáncer de próstata; por el contrario, niveles por debajo de 4 ng/ml presentan un bajo riesgo de padecer la enfermedad. La edad promedio al diagnóstico también ha bajado, y el riesgo de sufrir este cáncer es de 1 en 6 (en toda la vida) y de morir a causa de él, de 1 en 30 ⁽⁵⁾.

Los componentes del modelo de creencias en salud se relacionaron de forma diferente con la decisión de los individuos para desarrollar un comportamiento saludable: (a) la persona debe percibirse a sí misma como susceptible a la enfermedad (susceptibilidad percibida), (b) la persona debe percibir que las consecuencias de la enfermedad son severas (severidad percibida), (c) la persona debe creer que al realizar un comportamiento saludable se reducirá o eliminará la amenaza de la enfermedad (beneficios percibidos), y (d) la persona debe percibir que los impedimentos para realizar un comportamiento saludable, ya sean psicológicos o físicos, pueden ser superados (barreras percibidas).⁽⁶⁾

Este modelo intenta predecir la probabilidad de la adquisición y realización de los comportamientos relacionados con la salud en términos de ciertos patrones de creencias, tanto en lo relacionado con conductas preventivas como con conductas no saludables

El objetivo es identificar las creencias en salud sobre la detección oportuna de cáncer de próstata con la determinación de antígeno prostático en pacientes hombres de 45 a. 69 años en UMF 1 IMSS Aguascalientes.

1. CAPITULOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1A *CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACION EN ESTUDIO*

El Estado de Aguascalientes cuenta con una población total de 1'184,966 habitantes, de los cuales 576,638 viven en el Estado, el 48% son hombres y el 52% son mujeres. De esta población, el 32% tiene menos de 15 años, el 63% son de 15 a 64 años y sólo el 5% de habitantes con más de 65 años. ⁽²¹⁾

En cuanto a los indicadores socioeconómicos, el grado promedio de escolaridad para la población del Estado es de 9.2 (preparatoria incompleta) ya que aproximadamente el 95% de la población de 6 a 14 años acude a la escuela, contando con un 5% de analfabetismo en mayores de 15 años. ⁽²¹⁾

Más del 97% de la población cuenta con alcantarillado y agua potable intra-domiciliaria, además de luz eléctrica. La población económicamente activa es del 36% aproximadamente, trabajando en la industria manufacturera y la comercial, que son las dos principales actividades económicas. El 93% de la población es de religión católica. En el 2010 el IMSS reportó un total de 530,445 derechohabientes, de los cuales 415,917 se encuentran afiliados en los servicios de la capital. ⁽²¹⁾

El IMSS ha diseñado e implementado la estrategia de programas integrados de salud conocida como PREVENIMSS, que hace referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de los derechohabientes. ^(22,23)

El modelo de creencias en la salud es el más sistemáticamente usado para explicar acciones de prevención de enfermedades, respuestas a síntomas y a enfermedades y patrones comportamentales con efectos en salud, así como la prevención de la enfermedad y la protección y promoción de la salud. La evaluación de estos factores consta de 5 dimensiones

susceptibilidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, autoeficacia y gravedad percibida

1.1B PANORAMA DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

En el estado de Aguascalientes, en el período comprendido de 1990 a 2010 la población en su conjunto se incrementó a una tasa promedio anual de 2.49%, respecto a la tasa de crecimiento de las personas de 60 años y más fue de 3.41%; de este modo se duplicó el número de adultos mayores pasó de 45 mil a 90 mil y su proporción respecto a la población total creció de 6.3 a 7.6 por ciento. La principal institución que utilizan para la atención de su salud los adultos mayores, es El Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS].⁽²¹⁾

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo cuarto establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.⁽²⁶⁾ Dentro del IMSS en su Nueva Ley, el Artículo segundo menciona que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.⁽²⁵⁾

Dentro de las Guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a partir del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, encontramos:

- Prevención y Detección Temprana del Cáncer de Próstata en el Primer Nivel de Atención México: Secretaría de Salud; 2008.⁽³⁷⁾
- Guía Práctica clínica para diagnóstico y tratamiento cáncer de próstata en 2do y 3er nivel de atención⁽²⁴⁾
- Norma Oficial Mexicana NOM 017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica.⁽²⁷⁾

1.1C DESCRIPCION DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

Hoy el MCS evidencia el uso de sólidas bases teóricas, técnicas y conceptuales, por medio de los cuales se mejoran significativamente las probabilidades de éxito de las acciones en salud, en prevención, educación y promoción de la salud, teniendo en cuenta que la mayoría de causas prematuras de morbilidad y mortalidad son prevenibles y que muchas de ellas están relacionadas con el comportamiento y el estilo de vida de los individuos, uno de los principales requerimientos para un marco referencial viable en el área de la prevención y promoción de la salud es ayudar a explicar cómo, por ejemplo, las personas construyen o modifican sus decisiones y acciones individuales, grupales o en masa, Aspectos políticos, sociales, económicos y ambientales afectan el comportamiento de la gente, lo que indica por qué las prácticas que afectan la salud no son explicables en la perspectiva de una única teoría o modelo conceptual. El uso de una teoría o un modelo ayuda a entender mejor la naturaleza de las necesidades, motivaciones y prácticas de las personas así como características y dinámica del contexto en que ocurren.

En las investigaciones realizadas El MCS propone explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen. Una de las limitantes que encontramos en las investigaciones donde se ha utilizado el MCS es que los resultados no valoran las 5 dimensiones.

1.1D NIVEL DE CONOCIMIENTO

La práctica oportuna y periódica de cuantificación sérica de Antígeno prostático no depende únicamente del tipo de afiliación en el Sistema Salud, ni del acceso a programas de prevención del cáncer de próstata o del nivel socioeconómico. Además de estos factores, es de suma importancia considerar lo que conocen, creen y opinan los hombres con respecto al cáncer de próstata y exámenes de detección temprana y cuáles prejuicios o tabús tienen al respecto. por lo cual esta investigación se encuentra en un nivel analítico, ya que pretende evidenciar en nivel de creencia en relación a la realización de la cuantificación sérica de antígeno prostático de una población específica de una unidad de medicina familiar.

El limitado efecto predictivo del MCS estrechamente relacionado con la calidad de los diseños de las investigaciones en las que ha sido usado, así como con la confiabilidad y la validez del cuestionario, el modelo es capaz de demostrar varianzas en el comportamiento y aunque muestra limitaciones para describir el proceso mediante el cual esto ocurre si analiza las diferentes dimensiones en lugar de medir el poder en conjunto, más que concentrarse en la significación de los constructos individuales.

1.1E DISTRIBUCION DEL PROBLEMA

En atención primaria existe sub diagnóstico y retraso en la identificación de las patologías prostáticas en especial la identificación del Ca de próstata y por lo tanto, en el inicio del tratamiento, lo que impacta negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios.

El riesgo se incrementa en pacientes de 45 a 69 años, a la vez que su detección y manejo se retrasa por barreras como cuando los médicos tratantes, amigos e incluso familiares conceptualizan las enfermedades prostáticas y en específico el cáncer de próstata como negación e incluso como respuesta esperada ante la presencia de patologías crónicas, tal es el caso de la Hipertensión arterial sistémica, y la Diabetes Mellitus tipo2, que se encuentran de forma prevalente en México y por tanto son susceptibles de ellas las personas de todas las edades y sin distinción de género, por lo que el estudio se desea realizar en la Delegación de Aguascalientes en el periodo comprendido Enero-Diciembre 2013. El médico puede influir en el riesgo de desarrollar cáncer, en parte, de una persona mediante la creación de barreras para la detección del cáncer. Según la Coalición Nacional del Cáncer de Próstata del 2006 Los investigadores han sugerido que el escaso conocimiento y la conciencia del cáncer de próstata , además de los mensajes confusos en los medios de comunicación en relación con la prevención y la detección de la enfermedad , puede afectar a la participación en la detección del cáncer de próstata entre la población susceptible.⁽³³⁾ Pocos estudios han abordado cuestiones relativas a la detección del cáncer de próstata, beneficia

específicamente, las barreras , y el conocimiento, ni han evaluado los estudios de la percepción, valor de la atención preventiva entre la población más susceptible. ⁽³⁴⁾

1.1F MAGNITUD Y TRASCENDENCIA

La realización del antígeno prostático (APE) ha demostrado ser eficaz en la detección oportuna del cáncer de próstata, ante lo cual nos encontramos en punto crucial en el tratamiento de este padecimiento, para la detección de cáncer han sido recomendadas entre la población en general; el factor que motiva la realización de APE regular para cáncer es la idea de que entre más temprano se detecten células malignas o pre malignas, el tratamiento será más efectivo para incrementar el tiempo de vida y minimizará los daños causados por la terapia. Sin embargo, los médicos y los pacientes no siempre están bien informados sobre los riesgos de la detección oportuna de cáncer de próstata recomiendan las pruebas sin tener en cuenta todos los efectos adversos potenciales de las mismas.

Puede argumentarse a favor de una política de detección que el cáncer prostático efectivamente constituye un problema de salud pública, que es potencialmente curable en sus etapas tempranas y que el APE es una de las mejores herramientas, existen diversos factores que influyen en los hombres para la realización de la prueba de APE entre ellos los correspondientes con el MCS a través de sus 5 dimensiones ⁽³⁰⁾ y estos reflejan sobre todo barreras para la realización de la prueba: ⁽³⁴⁾ Existe falta de claridad ya que diversos autores no emplean las 5 dimensiones del MCS, por lo cual este estudio identifico las creencias en salud sobre la detección de cáncer de próstata mediante APE.

1.1G ARGUMENTO CONVENIENTE DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE NO ES SUFICIENTE PARA SOLUCIONARLO

Se conocen los rasgos característicos de la enfermedad prostática sin embargo no existe documentación ni sustento científico para determinar ¿cuáles son las creencias en relación a determinación con Antígeno prostático de una detección temprana ante un posible Ca de

próstata? En México, así como el impacto que tienen sobre su tratamiento, sin embargo estas enfermedades tienen una búsqueda intencionada desigual, y un impacto a nivel institucional desproporcionado en cuanto al cuidado de su tratamiento. El uso del antígeno prostático específico aumenta las tasas de detección del cáncer de próstata que tiene mayor probabilidad de estar limitado a la glándula cuando se compara con la detección por otros medios.⁽³²⁾ Las creencias y actitudes sobre la vulnerabilidad, la percepción del riesgo y la capacidad de aceptar y asumir riesgos influyen en la captación y asimilación de la información por parte de los pacientes y están determinados por la forma en que se enfrentan los problemas: desde la emoción o desde la búsqueda de soluciones.⁽³⁴⁾

En México en el 2006, de acuerdo con información del INEGI, 8 de cada 100 egresos hospitalarios de hombres fueron por cáncer de próstata.⁽³⁾ Se ha calculado que la incidencia de cáncer de próstata se incrementa en 15 veces en hombres mayores de 65 años, comparada con hombres más jóvenes. No obstante, que un hombre promedio tiene un 17% de riesgo de padecer cáncer de próstata durante su vida, sólo tiene un 3% de riesgo de morir de dicha enfermedad; de hecho, se ha determinado que los hombres de edad avanzada mueren con cáncer de próstata pero no a causa de él.⁽⁴⁾

La detección oportuna mediante antígeno prostático específico (APE), permite el diagnóstico temprano del tumor. Cuando las concentraciones de APE están por encima de 10 ng/ml, se considera como positiva, con una alta probabilidad de asociarse con el cáncer de próstata; por el contrario, niveles por debajo de 4 ng/ml presentan un bajo riesgo de padecer la enfermedad. La edad promedio al diagnóstico también ha bajado, y el riesgo de sufrir este cáncer es de 1 en 6 (en toda la vida) y de morir a causa de él, de 1 en 30⁽⁵⁾.

Los componentes del modelo de creencias en salud se relacionaron de forma diferente con la decisión de los individuos para desarrollar un comportamiento saludable: (a) la persona debe percibirse a sí misma como susceptible a la enfermedad (susceptibilidad percibida), (b) la persona debe percibir que las consecuencias de la enfermedad son severas (severidad percibida), (c) la persona debe creer que al realizar un comportamiento saludable se reducirá o eliminará la amenaza de la enfermedad (beneficios percibidos), y (d) la persona debe

percibir que los impedimentos para realizar un comportamiento saludable, ya sean psicológicos o físicos, pueden ser superados (barreras percibidas).⁽⁶⁾

Este modelo intenta predecir la probabilidad de la adquisición y realización de los comportamientos relacionados con la salud en términos de ciertos patrones de creencias, tanto en lo relacionado con conductas preventivas como con conductas no saludables

El objetivo es identificar las creencias en salud sobre la detección oportuna de cáncer de próstata con la determinación de antígeno prostático en pacientes hombres de 45 a. 69 años en UMF 1 IMSS Aguascalientes.

1.1H DESCRIPCION DEL TIPO DE INFORMACION QUE SE ESPERA OBTENER

En este proyecto se propone utilizar el MCS para determinar elementos conceptuales, analíticos y de investigación del área de la sociología médica con implicaciones en la prevención y el mantenimiento de la salud, a partir de la comprensión de los patrones de comportamiento preventivo. Al elaborar este estudio damos a conocer cuáles son las creencias de una población masculina de 45 a 69 años de edad de UMF 1 IMSS Aguascalientes sobre la detección de cáncer de próstata con realización de APE, para implementar estrategias para una adecuada toma de decisiones en aspectos preventivos.

1.1I PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las creencias en salud sobre la detección oportuna de cáncer de próstata con la determinación de antígeno prostático en pacientes hombres de 45 a 69 años en UMF 1 delegación IMSS Aguascalientes?

1.1J LISTA DE CONCEPTOS INDISPENSABLES UTILIZADOS EN EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CREENCIAS: Una creencia es el estado de la mente en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa.⁽³⁰⁾

ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO: El antígeno prostático específico es una sustancia proteica sintetizada por células de la próstata y su función es la disolución del coágulo seminal. Es una glicoproteína cuya síntesis es exclusiva de la próstata.⁽³⁷⁾

MODELO DE CREENCIAS EN SALUD: Es una herramienta empleada en la explicación y promoción de las conductas de salud⁽³⁰⁾

BARRERAS: Percepción negativa de la realización de una acción.⁽³⁰⁾

SUCEPTIBILIDAD: Percepción subjetiva del riesgo de contraer cáncer de próstata en relación con la realización de cuantificación de antígeno prostático.⁽³⁰⁾

BENEFICIOS: Creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la realización de prueba de antígeno prostático.⁽³⁰⁾

AUTOEFICACIA: Es la creencia de que se puede ejecutar exitosamente un comportamiento, que en una última instancia conduce a un resultado deseable.⁽³⁰⁾

GRAVEDAD: Percepción de amenaza para la propia persona incluye las evaluaciones de las posibles consecuencias médicas y sociales.⁽³⁰⁾

1.2 ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Muñoz Astudillo Et Al (2011) En Colombia se realiza un estudio descriptivo con 150 hombres voluntarios. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas con 30 preguntas orientadas por el modelo de creencias en salud. Los participantes eran en su mayoría casados (53%), procedentes del área urbana (69%), escolaridad primaria (53%), de estrato bajo (81%), régimen subsidiado de salud (73%) y religión católica (95%). De todos los entrevistados, el 76% se consideró vulnerable al cáncer de próstata si eran mayores de 60 años. Ellos identificaron los siguientes factores de riesgo: el hábito de fumar (29%), los comportamientos sexuales promiscuos (8%), la mala nutrición (5%) y la herencia (7%). El 60% consideró tener conocimientos sobre la enfermedad y el 97% era consciente de su gravedad. Un 98% de los hombres reconocían los beneficios del diagnóstico oportuno, pero solo unos pocos (27%) se habían realizado el examen. Se plantearon tres barreras para su realización: falta de conocimientos (37%), afectación de la masculinidad (33%) y dificultad en el tratamiento (94%); esto último derivado del alto costo y bajo acceso al servicio especializado. Las barreras culturales, económicas y de acceso a servicios de salud superan los beneficios percibidos con el tratamiento, lo cual se refleja en la baja intención de práctica del examen diagnóstico. ⁽⁷⁾

Ilja, H., Cronin, A. M., Dahlin, en la ciudad de Malmo en Suecia, realizaron un estudio durante los años de 1974 a 1986 en donde analizaron a 21277 pacientes hombres de entre 33 y 50 años de edad e hicieron un seguimiento de acuerdo a las muestras obtenidas para medición de antígeno prostáticoobteniendo resultados de seguimiento de 23 años, en donde PSA basal está fuertemente asociada con el cáncer de próstata posterior (área bajo la curva de 0,72 , IC del 95 % , desde 0,70 hasta 0,74 ; para el cáncer avanzado , 0,75 , IC 95 % , 0,72-0,78) . Las asociaciones entre PSA y cáncer de próstata fueron prácticamente idénticos para los grupos de datos iniciales y de réplica, con el 81% de los casos avanzados (IC del 95 % , 77 % -86 %) se encuentran en los hombres con PSA por encima de la media (0,63 ng / ml a los 44 años de edad -50). Como conclusión una medición de PSA en o antes de los 50 años es factor predictivo para el cáncer de próstata. ⁽⁸⁾

Pereira y Salvador da Motta en el 2012 describen las barreras sobre rastreo de cáncer de próstata, ellos realizan una encuesta domiciliar abarcando 160 hombres en una área de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Poco más de la mitad ya había realizado el examen. En relación a las creencias sobre la enfermedad, 95% de ellos creen que se pueden curar si es detectado precozmente, 29,4% refirieron la posibilidad de vida normal a pesar de estar enfermo, 56,3% creen que puede ser asintomático, 36,1% de acuerdo/en desacuerdo que el tratamiento es peor que la enfermedad y el 34,4% está de acuerdo que el examen afecta la masculinidad y si estuviese bien no sería necesario hacerlo. En cuanto a las barreras, 15% informaron que el médico nunca solicitó el examen, 10,9% no lo encuentran importante y 16,9% tienen miedo de hacerlo. A pesar de que no es el único determinante, disseminar los conocimientos adecuados sobre el examen puede constituirse en una estrategia fundamental para la formación de una actitud positiva en relación a la detección precoz. ⁽⁹⁾

Robert J. Volk y colaboradores de la universidad de Texas en USA realizaron un estudio a médicos de 1er nivel Miembros de la Academia Americana de Médicos de Familia entre Julio de 2007 y Enero de 2008, quienes inician detección de cáncer de próstata con medición de antígeno prostático y donde trataron de evidenciar los daños y beneficios a fin de proporcionar una recomendación de cribado o dejar que los pacientes decidan a libre albedrío, obteniendo como resultado que de 426 médicos 246 (57,7%) completaron el cuestionario de la encuesta. En comparación con los médicos que ordenaron detección sin discusión (24,3%), los médicos que hablaron sobre los daños y beneficios con los pacientes y luego dejar que ellos decidan (47,7%) fueron más propensos a apoyar la creencia de que la evidencia científica no respalda la detección sistemática, que los pacientes deben ser informados acerca de la falta de pruebas, y que los pacientes tienen derecho a conocer las limitaciones de la detección, sino que también eran menos propensos a apoyar la creencia de que no había necesidad de educar a los pacientes porque querían hacer una exploración. Las preocupaciones acerca del riesgo médico legal asociado a la detección no fueron más frecuentes entre los médicos que hablaron sobre los daños y beneficios y el cribado Recomendado que entre los médicos que hablaron sobre la detección y dejar que sus pacientes decidan. Gran parte de la variabilidad en el uso de los médicos de una toma de decisiones informada se atribuye a las creencias acerca de la prueba. Las preocupaciones

acercas del riesgo médico-legal siguen siendo una barrera importante para la toma de decisiones. A medida que la evidencia científica sigue creciendo en cuanto a los limitados beneficios del cribado con PSA y aparecen continuamente guías prácticas, recomendamos reflexión para la toma de decisiones, podemos esperar que los médicos que no se dedican a sus pacientes en las discusiones sobre los daños y beneficios potenciales de la detección de considerar cambien sus estilos de práctica. ⁽¹⁰⁾

Lin K , R Lipsitz y colaboradores realizaron una investigación en 2008, teniendo como antecedente previo que el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE.UU. concluyó que no había pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra de la detección del cáncer de próstata con el antígeno prostático específico realizaron una revisión sistematizada para examinar la nueva evidencia de los beneficios y daños de examinar a hombres asintomáticos para el cáncer de próstata con la prueba de PSA . Donde concluyen que la detección del antígeno específico de la próstata se asocia con daños psicológicos, y sus beneficios potenciales siguen siendo inciertas ⁽¹¹⁾

Arbeláez JD, Montealegre y colaboradores en 2012 realizaron un estudio con la aplicación de una encuesta dirigida de 38 preguntas para valorar conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la detección de Ca de próstata empleando antígeno prostático. Aplicaron 83 encuestas en 14 clubes de vida de Medellín. El 68,7% de los participantes presentaron conocimientos adecuados; el 43,4%, actitudes adecuadas; y el 38,6%, prácticas adecuadas. Se observó que la posibilidad de que los hombres tuvieran actitudes adecuadas con conocimientos adecuados fue de 1,9 veces más que en los hombres con conocimientos inadecuados. Además, la posibilidad de que los hombres presentaran prácticas adecuadas con actitudes adecuadas fue de 0,8 veces (IC 95% = 1,2-2,7) más que en los hombres con actitudes inadecuadas. ⁽¹²⁾

1.3 JUSTIFICACION

Las enfermedades prostáticas representan un problema de Salud Pública debido a que puede evolucionar desfavorablemente, trayendo consecuencias graves en el desarrollo social, físico y por supuesto emocional en la vida diaria de los pacientes que la padecen. Actualmente existen diversas publicaciones que informan múltiples y variados ejemplos de barreras que dificultan el acceso a la detección temprana de enfermedad prostática en especial a la detección de cáncer próstata.

La falta de información, bajo nivel educativo y económico, creencias y tabúes en torno de la enfermedad, falta de disponibilidad de servicios de salud, largos tiempos de espera para consulta o pruebas diagnósticas, entre otros factores más, pueden llevar a las hombres a postergar la búsqueda de atención.

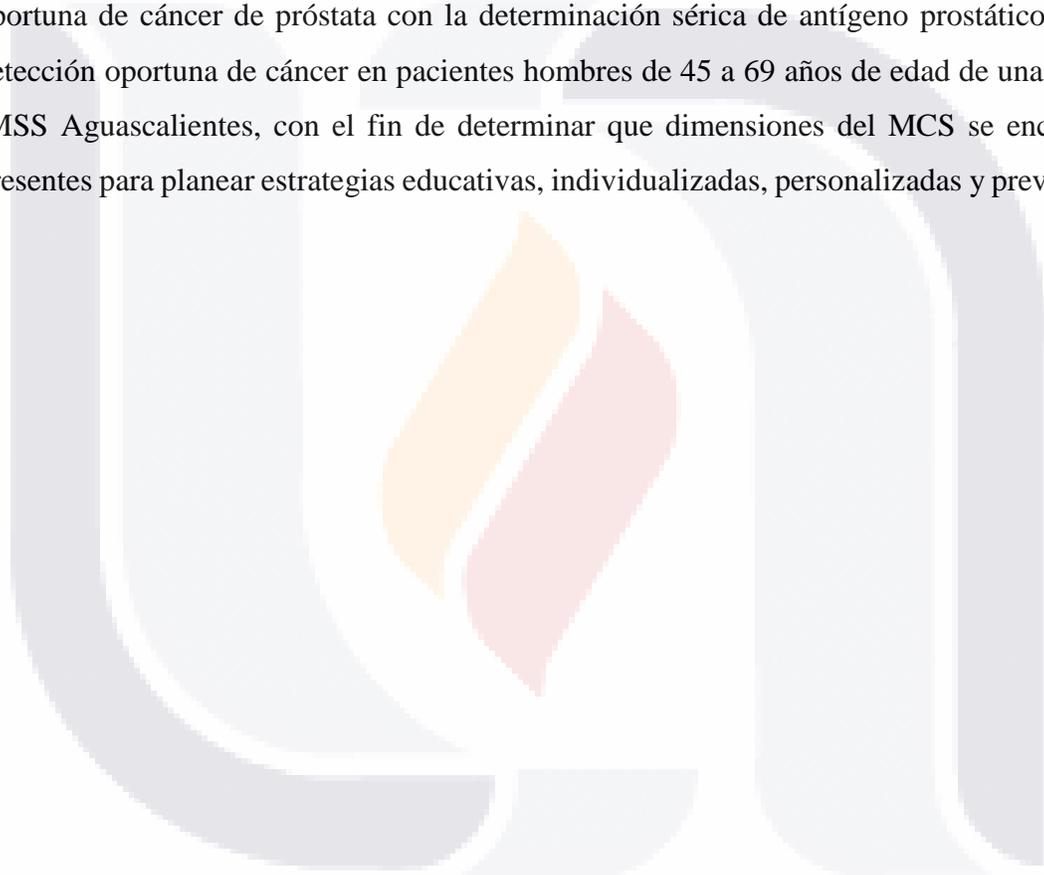
Aunque en los últimos años se han incrementado las acciones de promoción de la salud, orientadas a la detección temprana y al control del cáncer de próstata, su enfoque está centrado más en el aspecto práctico de las manifestaciones, signos, síntomas y tratamiento que en la acción preventiva. Las actividades educativas en su mayoría desconocen la fuerza de la cultura y de las creencias como componentes de las actitudes y la decisión de práctica de determinadas pruebas diagnósticas. Este problema genera barreras comunicacionales que afectan tanto las actividades del sector salud como el acceso a los servicios de las personas en riesgo de padecer el cáncer de próstata.

El MCS es una buena herramienta para evaluar las creencias y percepciones en salud, para explicar y predecir la utilización de servicios de salud preventivos, consideradas como determinantes primarias necesarias para la realización de un comportamiento saludable, permitiendo observar la forma en que los factores psicosociales propuestos se hacen presentes como moderadores de la probabilidad de realización del comportamiento objetivo.

(19)

El núcleo teórico del modelo de creencias de salud establece que una persona llevará a cabo un comportamiento de salud (de prevención, de participación, etc.) cuando se vea a sí misma como potencialmente vulnerable y vea la condición (la enfermedad en cuestión) como amenazante, esté convencida de la eficacia de la intervención y vea pocas dificultades en la puesta en práctica de la conducta de salud preventiva. ⁽¹⁹⁾

Por lo tanto, en este estudio se busca identificar las creencias en salud sobre la detección oportuna de cáncer de próstata con la determinación sérica de antígeno prostático para la detección oportuna de cáncer en pacientes hombres de 45 a 69 años de edad de una UMF 1 IMSS Aguascalientes, con el fin de determinar que dimensiones del MCS se encuentran presentes para planear estrategias educativas, individualizadas, personalizadas y preventivas.



1.4 MARCO TEORICO

Han transcurrido cerca de cincuenta años desde la formulación de las bases conceptuales del Modelo de Creencias en Salud, considerado como el más influyente y aplicado al estudio e intervención de los comportamientos individuales con efectos en la salud. ^(13,14,)

El comportamiento en salud y en enfermedad se han conocido históricamente como la actividad efectuada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo, con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad o, mejor aún, de detectarla en una etapa aún asintomática. De esta manera el concepto de creencia ha evolucionado a través de las últimas décadas involucrando tanto las experiencias y los procesos internos del individuo. ^(15 16)

Si las actitudes se basan en las creencias, entonces se puede comprender la formación de actitudes demanda considerar el origen de las creencias. Las creencias basadas en experiencias directas con un objeto son más accesibles que las creencias basadas en experiencias indirectas, por lo que en el primer caso las actitudes correspondientes predicen mejor las conductas basadas en ellas que las previstas en el segundo caso.

1.4A *CONSTRUCTOS DEL MODELO DE CREENCIAS EN SALUD*

A partir del estudio de Hochbaum sobre disposición de las poblaciones para someterse a pruebas de detección, se han realizado diversas investigaciones que han permitido validar los constructos del modelo de creencias, tal como se conoce hoy en día. ^(14, 15)

La más temprana caracterización del MCS, en la que sus conceptos fueron presentados a partir de las abstracciones teóricas fundamentales, se centra en que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas:

- Primero: que es susceptible de sufrirla.
- Segundo: que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Tercero. tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva.⁽¹⁵⁾

La susceptibilidad consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada condición de salud (TBC, cáncer, caries dental) e incluye la aceptación de diagnósticos, la valoración personal de nuevas susceptibilidades, entre otras.

Es indispensable para que la persona tenga una percepción de susceptibilidad general es el haber escuchado o conocido acerca del riesgo de presentar el evento. Esta percepción puede estar influenciada por aspectos como el optimismo o el pesimismo y hacer que la gente sobrestime o subestime la frecuencia de la enfermedad.⁽¹⁵⁾

La severidad se relaciona con la percepción individual de cuán severa es la enfermedad o de su no intervención o tratamiento cuando se presenta. En diversos estudios esta dimensión ha sido dividida en la severidad de la enfermedad en particular y la severidad de los efectos físicos, socioeconómicos y mentales que puede causar a la persona.

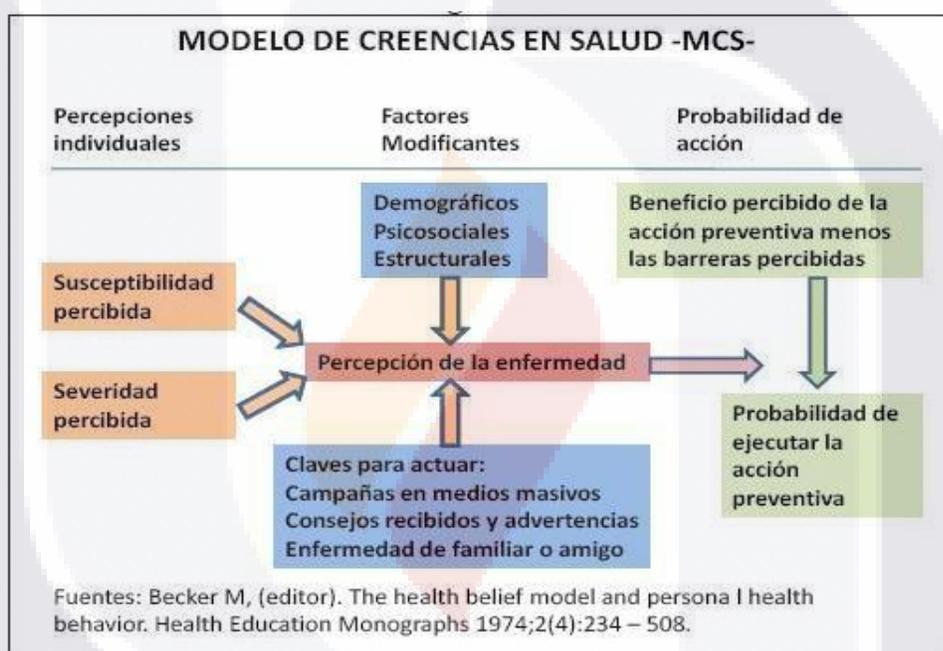
Una explicación que se da al bajo impacto de la severidad en la predicción de cambios de comportamiento en relación con los otros constructos del modelo, ha sido atribuida al hecho que ésta sólo se establece en individuos que presentan alguna de las siguientes condiciones: son sintomáticos, presentan amenazas inminentes para su salud o son condiciones médicas frente a las que se tiene algún tipo de experiencia.

Los autores originales del MCS, así como diversos estudios de aplicación del modelo, se refieren al concepto de amenaza percibida como la combinación de la percepción de susceptibilidad y severidad. Respecto a pruebas de detección precoz de enfermedades, estas creencias parecían necesarias; sin embargo, un aspecto clave era que el individuo también debía creer que él podría tener la enfermedad aun en la ausencia de síntomas de la misma.

Los constructos denominados factores modificantes (demográficos, psicosociales, estructurales) y el de las claves para la acción (consejos de familiares o amigos, campañas masivas, experiencias con la enfermedad) fueron identificados como indispensables para completar el modelo básico.

El MCS se consolidó en tres dimensiones: las percepciones individuales, los factores

Modificantes y la probabilidad de acción, tal como lo resume la siguiente figura:



(Figura 1) Historical origins of the health belief model. Health Education ⁽¹⁸⁾

1.4B DESARROLLO DEL MODELO DE CREENCIAS EN SALUD

El modelo de creencias de salud se desarrolló en la década de 1950 por los investigadores G.M Hochbaum, S.S.Kegeles, H.Leventheal y I: M: Rosenstock, que trabajaban para el servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América. Su fundamentación de encontrar respuestas a una serie de problemas de carácter social principalmente relacionado con la educación para la salud, comprender por qué las personas se niegan con frecuencia a llevar a cabo conductas preventivas como revisiones médicas para la detección temprana de enfermedades.⁽¹⁸⁾

Componentes básicos derivan de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables:

- el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y
- b) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de una acción dada llegue a conseguir esa meta.

En el ámbito de salud (Becker 1974), se traducen en los siguientes términos:

- a) El deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de recuperar la salud)
- b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si está enfermo, la creencia de que una conducta específica puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud).⁽¹⁷⁾

Rosenstock (1974) describe las dimensiones del Modelo de Creencias de Salud:

La susceptibilidad percibida ante un problema de salud valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermarse, admite la posibilidad de enfermarse o de que contraer la enfermedad. En esta dimensión se refiere a la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo.⁽¹⁹⁾

La severidad percibida se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud por un lado las consecuencias médico clínicas (como muerte, incapacidad o dolor) y por otro lado las consecuencias sociales (tales como la merma en las relaciones sociales, los efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral del sujeto o sobre sus relaciones familiares).⁽¹⁹⁾

La persona cuando la aceptación de la susceptibilidad personal respecto a una enfermedad se percibe grave no definen la conducta que puede tomar, el curso de acción específico dependería de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa de las diferentes conductas disponibles a la hora de enfrentarse con la enfermedad.

Los beneficios percibidos se asume que las creencias del sujeto respecto a los cursos de acción de que dispone están influidas por las normas e incluso presiones del grupo social al que pertenece. Los beneficios que hace la referencia a la creencia sobre la efectividad de realizar conductas específicas para reducir la amenaza de la condición. ⁽¹⁹⁾

Las barreras percibidas que se opongan a la ejecución de la conducta en cuestión, puede ser este curso realmente efectivo para enfrentarse a problema de salud, pero puede verlo costoso, desagradable o doloroso. Estos aspectos negativos de la conducta de salud funcionarían como barreras para la acción que interaccionan con las anteriores dimensiones ⁽²⁰⁾

La autoeficacia percibida está definida como la creencia que se puede ejecutar exitosamente un comportamiento que en última instancia conduce a un resultado deseable. ⁽²⁰⁾

Para entender el resultado final el modelo considera varias opciones que representan diferentes valores de las dimensiones y que se reflejarán en forma de conductas distintas frente a la salud y/o la enfermedad. El modelo funciona de manera lógica contemplando un hipotético análisis interior de costes y beneficios para el sujeto, quien sopesaría la efectividad de la acción a tomar, así como los posibles costes de tomarla. En la toma de decisiones las claves para la acción pueden ser internas (síntomas o percepciones corporales) o externas (recomendaciones de los medios de comunicación de masas, consejo de familiares), de acuerdo a la intensidad necesaria de estas claves puede desencadenar la conducta dependiendo de sus niveles de susceptibilidad y del grado de severidad percibida.

1.4C APORTES DEL MODELO CREENCIAS EN SALUD

En los años 70s el MCS era ya sistemáticamente usado en diversos países para respaldar a disertaciones en la formulación de investigaciones e intervenciones en salud, educación en salud y ciencias aplicadas al comportamiento. ^(15,16) En 1974 la Asociación de Sociología presentó la primera compilación de evidencias respecto del uso del MCS en la práctica. Se describieron los orígenes, correlaciones teóricas y aplicaciones del modelo con relación a prácticas preventivas, así como sus aplicaciones en el comportamiento durante la enfermedad y el comportamiento de enfermos crónicos.

En este proyecto se propuso organizar elementos conceptuales, analíticos y de investigación del área de la sociología médica con implicaciones en la prevención y el mantenimiento de la salud, a partir de la comprensión de los patrones de comportamiento preventivo. Se realizó una exhaustiva revisión del conocimiento disponible y de las tecnologías existentes sobre modificación del comportamiento de pacientes y usuarios de los servicios, intentando generar modelos predictivos de las acciones preventivas, sobre la utilización de los servicios y de adhesión a prescripciones terapéuticas.

Además, parece que el MCS puede beneficiarse de una expansión que incluya medidas de autoeficacia o la competencia para llevar a cabo un cambio, locus de control, así como la definición de objetivos más específicos en términos de grupos de población y tópicos de interés en salud.⁽¹⁷⁾ El aspecto fascinante de las creencias en relación a las enfermedades es que pacientes con la misma enfermedad o lesión pueden tener percepciones muy diferentes a las de su condición y esto puede llevar a los paciente con la misma enfermedad por trayectorias muy diferentes en cuanto al tratamiento, búsqueda de nuevos esquemas terapéuticos o incluso hasta no llevar un control adecuado de su enfermedad.

Las creencias, actitudes y otras variables, son motivadores importantes del comportamiento una vez que la persona las ha adquirido. Las personas, con el paso del tiempo, presentan comportamientos diferentes; sin embargo, algunas de esas creencias y actitudes parecen permanecer iguales durante años y proporcionan coherencia y predictibilidad a muchas de esas conductas.

El modelo de Creencias en salud prácticamente no ha sido aplicado para la detección de cáncer de próstata. El modelo establece que la conducta relacionada con la salud está influenciada por la percepción que tiene una persona hacia la amenaza planteada por un problema de salud y por el valor asociado a su acción para reducir esta amenaza.⁽⁷⁾

Las dimensiones que emplea el modelo de creencias en salud son las siguientes:

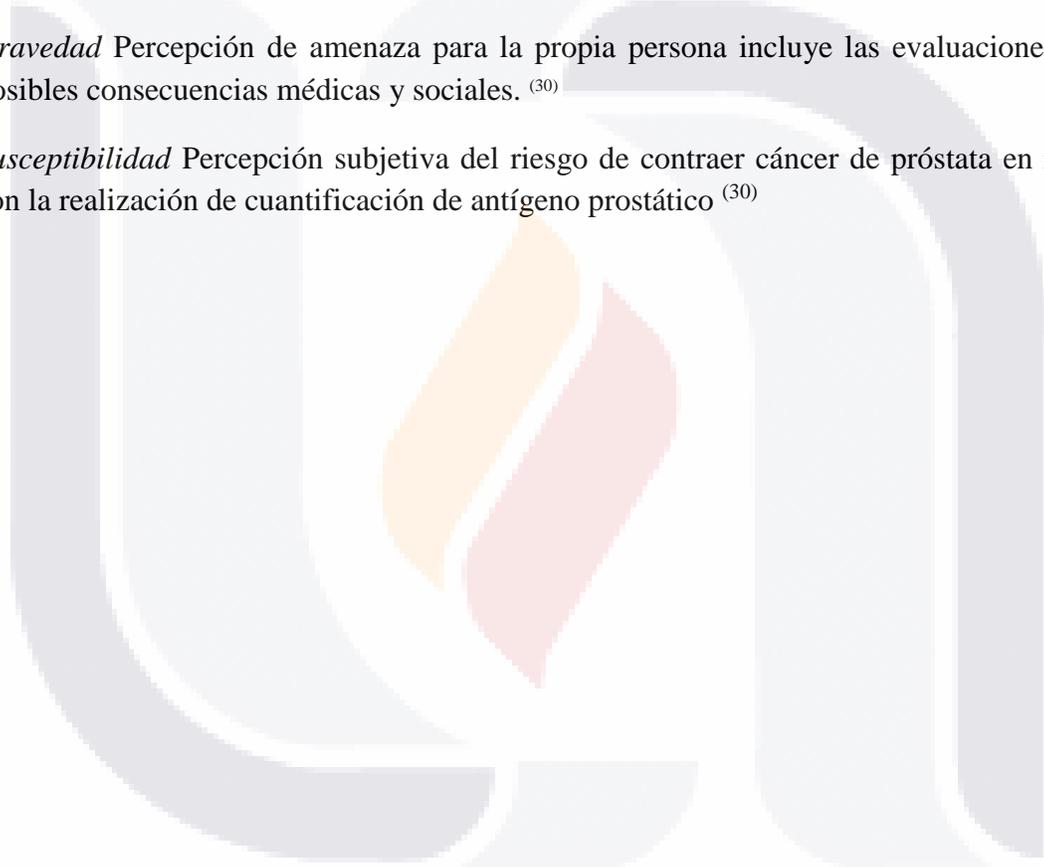
Beneficios: Creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la realización de prueba de antígeno prostático. ⁽³⁰⁾

Barreras: Percepción negativa de la realización de una acción. ⁽³⁰⁾

Autoeficacia: Es la creencia de que se puede ejecutar exitosamente un comportamiento, que en una última instancia conduce a un resultado deseable. ⁽³⁰⁾

Gravedad Percepción de amenaza para la propia persona incluye las evaluaciones de las posibles consecuencias médicas y sociales. ⁽³⁰⁾

Susceptibilidad Percepción subjetiva del riesgo de contraer cáncer de próstata en relación con la realización de cuantificación de antígeno prostático ⁽³⁰⁾



1.5 OBJETIVOS

1.5A OBJETIVO GENERAL

Identificar las creencias en salud sobre la detección oportuna de cáncer de próstata con la determinación de antígeno prostático en pacientes hombres de 45 a 69 años en UMF 1 delegación IMSS Aguascalientes.

1.5B OBJETIVOS ESPECIFICOS

- A. Caracterizar la población en estudio
- B. Identificar si la susceptibilidad percibida es una creencia en salud sobre la realización de la determinación sérica de antígeno prostático en hombres de 45 a 69 años de edad en una UMF IMSS de Aguascalientes.
- C. Identificar si los beneficios percibidos es una creencia en salud sobre la realización de la determinación sérica de antígeno prostático en hombres de 45 a 69 años de edad en una UMF IMSS de Aguascalientes.
- D. Identificar si las barreras percibidas es una creencia en salud sobre la realización de la determinación sérica de antígeno prostático en hombres de 45 a 69 años de edad en una UMF IMSS de Aguascalientes.
- E. Identificar si la autoeficacia percibida es una creencia en salud sobre la realización de la determinación sérica de antígeno prostático en hombres de 45 a 69 años de edad en una UMF IMSS de Aguascalientes.
- F. Identificar si la gravedad percibida es una creencia en salud sobre la realización de la determinación sérica de antígeno prostático en hombres de 45 a 69 años de edad en una UMF IMSS de Aguascalientes.

1.6 METODOLOGIA

1.6A DISEÑO DEL ESTUDIO

Descriptivo, observacional y transversal

1.6B POBLACION DE ESTUDIO

- UNIVERSO: Pacientes hombres de 45 a 69 años adscritos a UMF “1” IMSS Aguascalientes
- UNIDAD DE OBSERVACION: Nivel de creencias en Pacientes hombres de 45 a 69 años adscritos a UMF 1 IMSS Aguascalientes.
- POBLACION BLANCO: Grupo de pacientes hombres de 45 a 69 años adscritos a UMF 1 IMSS Aguascalientes.

Se realizó el proyecto en un lapso de un año, desde que se inició el tema a elegir hasta la finalización del proyecto. Cada una de las etapas se encuentra plasmada en el cronograma de actividades y fueron supervisadas estrechamente por el asesor y se realizaron con el apoyo del investigador asociado. (Anexo 4)

1.6C CRITERIOS DE SELECCIÓN DE POBLACION

1. INCLUSION:

- Pacientes hombres de 45 a 69 años de edad
- Acepten y firmen la carta de consentimiento informado
- Sanos

2. EXCLUSION

- Pacientes con otras enfermedades crónicas.
- Pacientes con diagnóstico previo de Cáncer de próstata u otra patología asociadas.
- Pacientes que estén bajo tratamiento psiquiátrico.

- Pacientes que no llenen en su totalidad el cuestionario.

3. ELIMINACION

- No aplica

1.6D MUESTREO

El tipo de muestra probabilístico no aleatorizado y para calcular el tamaño de la muestra se emplearon los siguientes datos por parte de la UMF 1 y fórmulas

$P = 90\% = .9$ (probabilidad de ocurrencia)

$Se = 1.495\% = .01495$ (error estándar)

$N = 12988$ Población entre 45 y 69 años en UMF 1

Para determinar el tamaño de la muestra utilice la siguiente fórmula

$n = \frac{n'}{1 + n'/N}$ Siendo que $n = \frac{S^2}{V^2}$

Se obtuvieron los siguientes resultados

$n = \frac{n'}{1 + n'/N} = \frac{400}{1 + (400/12988)} = 377$

Es decir, es necesaria una muestra de al menos 377 adultos de 45 a 69 años de edad para obtener una información confiable de acuerdo al tamaño de la población de 45 a 69 años de edad de la UMF 1.

1.6E LOGISTICA

Se adaptó y validó un instrumento con el Modelo de Creencias en Salud, por medio de método Delphi, con la participación de expertos: 3 médicos urólogos, 2 médicos Familiares y un Psicólogo, se realizaron dos rondas. Se realizó prueba piloto a 37 personas. Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.74%. Este instrumento contempla dos apartados: el primero con las características sociodemográficas; el segundo con 18 ítems que contemplan las 5 dimensiones del MCS (Susceptibilidad percibida, Beneficios percibidos, Barreras percibidas,

Autoeficacia percibida, Gravedad percibida), se midió con una escala de evaluación tipo Likert que van de Totalmente de acuerdo, Algo de acuerdo, indeciso, algo en desacuerdo y Totalmente en desacuerdo.

1.6F RECOLECCION DE INFORMACION

Se realizó una entrevista estructurada con pacientes seleccionados que cumplieron con los criterios de inclusión en la UMF 1, previamente informados sobre los objetivos del estudio, los beneficios y los riesgos que tiene este, con consentimiento informado. Se realizó la entrevista en promedio de 15-20 minutos

1.6G PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Se analizaron las bases de datos con el programa SPSS V21 obteniendo prevalencias, frecuencias y porcentajes para variables independientes (sociodemográficas y creencias en salud), medidas de tendencia central. Se realizaron tablas de contingencia con frecuencias y porcentajes entre algunas variables sociodemográficas y creencias en salud.

1.6H DESCRIPCION DE VARIABLES

Variables sociodemográficas:

Estado civil: Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Escolaridad: Es el grado de estudios del paciente entrevistado.

Ocupación: Es la actividad laboral que desempeña el sujeto en estudio al momento de la entrevista.

Religión: Actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.

Variable dependiente. Está definida como las creencias en salud sobre la detección oportuna de cáncer de próstata por medio de la cuantificación sérica del antígeno prostático.

Variable independiente. Percepción de beneficios, Percepción de gravedad, Percepción de la susceptibilidad, Percepción de barreras y autoeficacia

1.6I ASPECTOS ETICOS

Dentro del marco legislativo se cuenta con el reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se realizó conforme al Título segundo, capítulo 1, artículo 17 categoría “I” que dice: “Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño.”⁽²⁹⁾

Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica con competencia clínica, por lo cual basándonos en la declaración de Helsinki, enmendada en la 41° Asamblea Médica Mundial en Hong Kong en Septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y la nota de Clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, esta investigación no viola ninguna recomendación y está de acuerdo con éstas para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos.⁽³⁰⁾

2. RESULTADOS

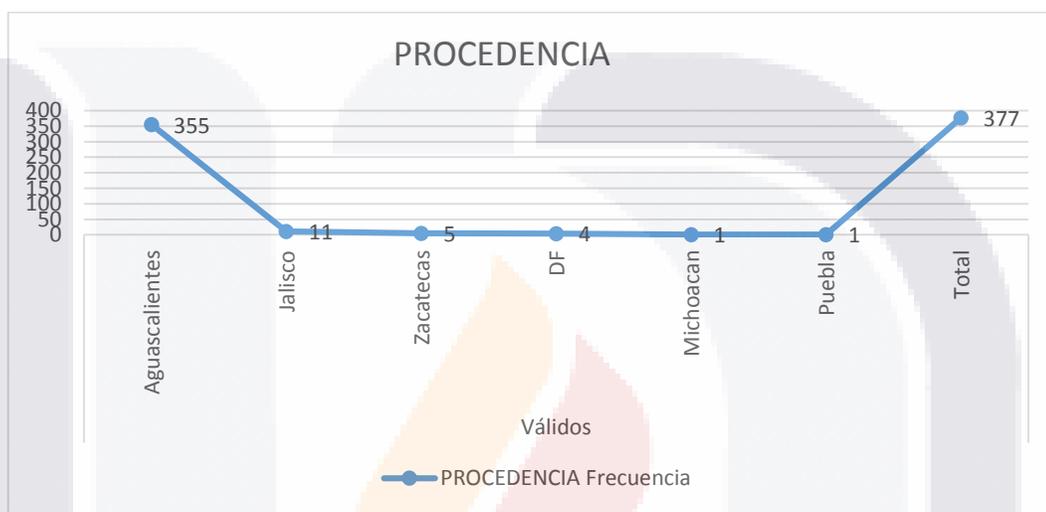
Se revisó una muestra de 377 pacientes hombres de entre 45 y 69 años de edad, de la unidad de medicina familiar No. 1 IMSS Aguascalientes obteniendo los siguientes resultados:

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
45 a 49 años	151	40.05%
50 a 54 años	69	18.30%
55 a 59 años	85	22.54%
60 a 64 años	52	13.79%
65 a 69 años	20	5.3%
Escolaridad		
Primaria	211	56%
Secundaria	110	29%
Preparatoria	44	11.7%
Licenciatura	12	3.2%
Estado civil		
Casado	338	89.7%
Soltero	39	10.3%
Ocupación		
Empleado	340	90.2%
Pensionado	35	9.3%
Jubilado	2	.5%
Religión		
Religión	371	98.4%
Católica	5	1.3%
Cristiana	1	.3%
Otra		
Procedencia		
Aguascalientes	355	94.16%
Jalisco	11	2.91%
Zacatecas	5	1.32%
Distrito Federal	4	1.06%
Michoacán	1	.26%
Puebla	1	.26%

(Tabla 1. Variables sociodemográficas)

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Dentro de los aspectos sociodemográficos encontramos una población prácticamente procedente del estado de Aguascalientes con el 94.2 % del total de participantes, seguida por población originaria del estado de Jalisco con 2.9%, Zacatecas 1.3 %, el DF 1.1% Michoacán y el estado de Puebla con una representación de .3%. (Ver tabla 1 y grafico 1)



Grafica 1 Procedencia

En el rubro de la ocupación descubrimos a una población netamente dedicada al trabajo con un porcentaje de empleados de 90.2%, pensionados con 9.3 % y un .5% de pacientes con estatus de Jubilación. (Ver tabla 2 y Grafico 2)



Grafico 2 Ocupación

En el estado civil observamos que el estatus civil el 89.7% de la población se encuentra en el rubro de Casados, mientras que un 10.3% son solteros.

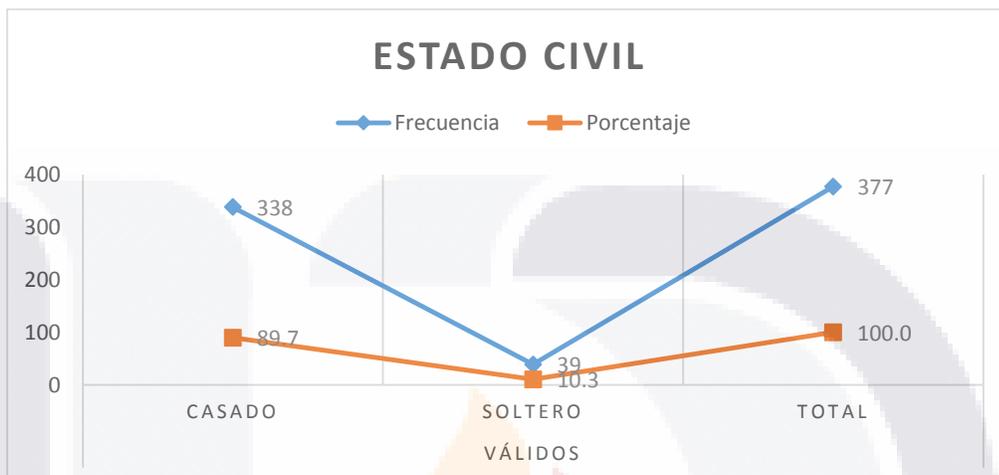


Grafico 3 Estado civil

En el rubro religioso encontramos que el 98.4% de los pacientes encuestados practica la religión católica mientras que un 1.3% se mencionaron Cristianos y 1 solo paciente argumento no practicar actividades religiosas correspondiendo al .3% de la población total.

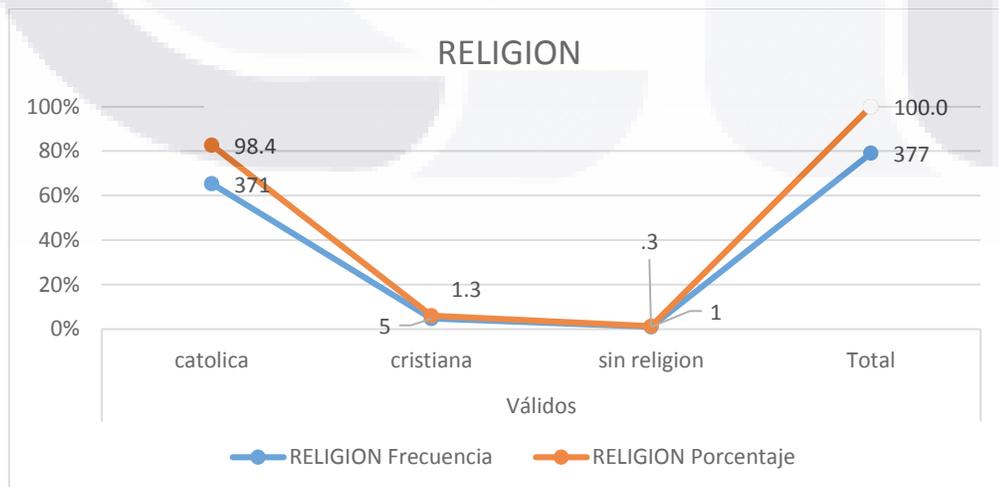


Grafico 4 Religión

El nivel de educación de los pacientes entrevistados corresponde a lo siguiente 56% menciona haber cursado algún grado de estudios de primaria o primaria completa, el 29.2% menciona haber cursado estudios de secundaria, el 11.7% curso hasta nivel de preparatoria.

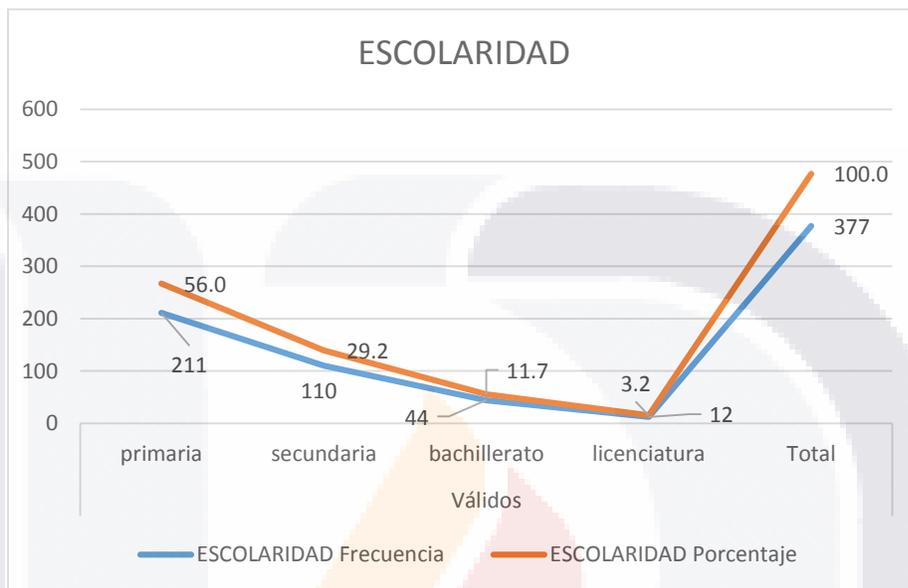


Grafico 5 Escolaridad

El rango de edades es disperso, tenemos un rango de 45 a 67 años de edad, con una media de 53.31, Mediana de 53 Moda 47 Desviación típica 6.16 Varianza 37.96.

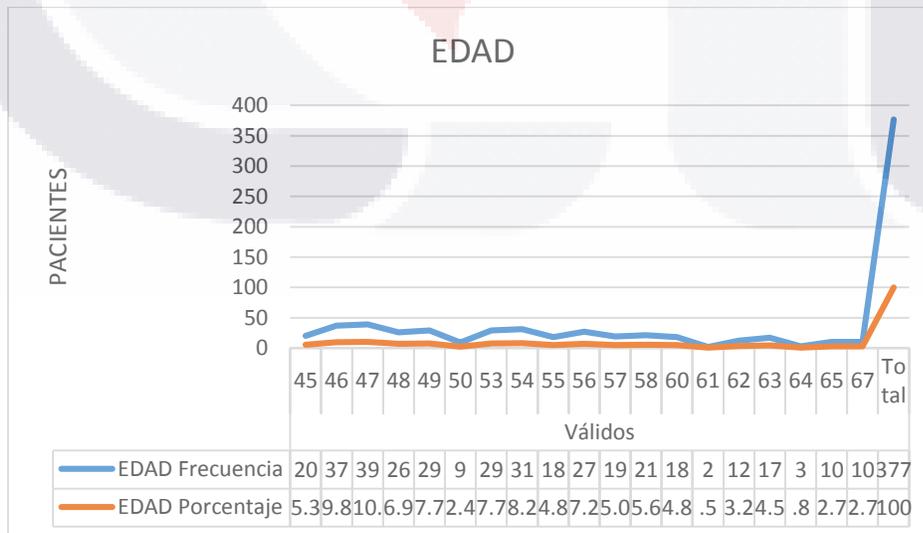


Grafico 6 Edad

RESULTADOS DE LA VARIABLE PRINCIPAL Y SUS DIMENSIONES

Susceptibilidad

Los participantes mostraron susceptibilidad a la realización de antígeno prostático en un 55.3%, un 23.6% cuenta con punto de indecisión y el restante 20.9% se concluye con una susceptibilidad menor.

SUCEPTIBILIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mayor susceptibilidad	209	55.43	55.43	55.43
Menor susceptibilidad	79	20.95	20.95	76.38
Neutros	89	23.60	23.60	100.0
Total	377	100.0	100.0	

Tabla 2. Susceptibilidad percibida de los hombres de 45 a 69 años de edad hacia la realización de cuantificación sérica de antígeno prostática para determinación de Cáncer de Próstata.

Beneficios

El 95.5% de la población cree que existen Beneficios al realizar prueba sérica de antígeno prostático para la detección de Ca de Próstata, mientras que un 4.5% considera punto neutro y solo un .05% considera que no hay beneficios con esta prueba.

BENEFICIOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Beneficios	359	95.5	95.5	95.5
Sin beneficios	0	0	0	0
Neutros	18	4.5	4.5	100.0
Total	377	100.0	100.0	

Tabla 3. Beneficios percibidos de los hombres de 45 a 69 años de edad hacia la realización de cuantificación sérica de antígeno prostática para determinación de Cáncer de Próstata.

Barreras

De acuerdo a los análisis encontramos un 45.6% de la población que menciona tener algún tipo de barrera para la realización del Antígeno Prostático Específico Un 8.95% se muestra indeciso y un 45.42% percibe no tener barreras para la determinación de la prueba.

BARRERAS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Barreras	173	45.88%	45.88	45.88
Sin Barreras	171	45.36%	45.36	91.24
Neutro	33	8.75%	8.75	100.0
Total	377	100.0%		

Tabla 4. Barreras percibidas de los hombres de 45 a 69 años de edad hacia la realización de cuantificación sérica de antígeno prostática para determinación de Cáncer de Próstata.

Autoeficacia.

El 83.02% menciono que puede ejecutar de manera exitosa algún comportamiento para llevar a cabo el objetivo de toma de muestra para antígeno prostático específico, mientras que un 7.15% se menciona Indiferente a esta dimensión y el 9.23% restante destaca no poder tener autoeficacia para la realización del examen.

AUTOEFICACIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Autoeficacia	312	82.75	82.75	82.75
Sin autoeficacia	38	10.07	10.07	92.83
Neutro	26	6.89	6.89	100.0
Total	377	100.0	100.0	

Tabla 5. Autoeficacia percibida de los hombres de 45 a 69 años de edad hacia la realización de cuantificación sérica de antígeno prostática para determinación de Cáncer de Próstata.

Severidad.

El 66.17% de la población considera grave la situación de realizar el estudio mientras que un 5.62% se muestra indiferente además de encontrar un 28.15% de la población quien no considera haya gravedad la toma de muestra del APE para la determinación de Cáncer de próstata.

SEVERIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Severidad	249	66.17	66.17	66.17
Sin severidad	106	28.15	28.15	94.32
Neutro	22	5.62	5.62	100.0
Total	377	100.0	100.0	

Tabla 6. Severidad percibida de los hombres de 45 a 69 años de edad hacia la realización de cuantificación sérica de antígeno prostática para determinación de Cáncer de Próstata.

DATOS CRUZADOS ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y DIMENSIONES

Tabla de contingencia de edad por intervalos con percepción de susceptibilidad.

Al cruce comparativo de frecuencias por medio de la tabla de contingencia observamos de acuerdo a los resultados obtenidos que de forma general hay una percepción de susceptibilidad al padecer cáncer de próstata de forma alta, llama la atención que a mayor edad existe una mayor susceptibilidad, los rangos de no susceptibilidad y la población indecisa están en un mismo nivel.

	SUCEPTIBILIDAD			Total
	NEUTRO	MAYOR SUCEPTIBILIDAD	MENOR SUCEPTIBILIDAD	
45-49	33 (21.4%)	87 (56.72%)	31 (20.74)	151
50-54	116 (23.18%)	37 (53.62%)	16 (23.18%)	68
55-59	22 (25.88%)	45 (52.94%)	18 (21.17%)	85
60-64	13 (25%)	28 (53.84%)	11 (21.15%)	52
65-69	5 (25%)	12 (60%)	3 (15%)	20
Total	89	209	79	377

Tabla. 7 De contingencia edad por intervalos con dimensión de susceptibilidad

Tabla de contingencia de edad por intervalos con percepción de beneficios.

Los beneficios percibidos por los hombres para la realización de APE como detección de cáncer de próstata, son altos independientemente de la edad, casi la totalidad de los entrevistados manifestó beneficios directos para la prueba.

		BENEFICIOS			Total
		NEUTRO	SIN BENEFICIOS	BENEFICIOS	
EDAD	45-49	10 (6.18%)	0	141 (93.81%)	151
	50-54	3 (4.34%)		65 (95.65%)	68
	55-59	3 (4.49%)		82 (96.51%)	85
	60-64	2 (3.84%)		50 (96.15%)	52
	65-69	0		20 (100%)	20
Total		18		359	377

Tabla. 8 De contingencia edad con dimensión de beneficios.

Tabla de contingencia de edad por intervalos con percepción de barreras.

Las barreas percibidas por los hombres para la realización de APE en sangre con detección de cáncer de próstata, no tienen relación entre menor o mayor sea la edad, es significativo que la mitad de la población manifiesta tener algún tipo de barrera para realizarse la prueba, mientras que la otra mitad argumenta no tener inconvenientes, un porcentaje mínimo se manifiesta indeciso.

		BARRERAS			Total
		NEUTRO	SIN BARRERAS	BARRERAS	
EDAD	45-49	14 (9.58%)	68 (44.86%)	69 (45.52%)	151
	50-54	6 (8.54%)	31 (45.22%)	31 (45.94%)	68
	55-59	8 (9.45%)	39 (46.11%)	38 (44.44%)	85
	60-64	3 (6.725%)	24 (46.15%)	25 (47.125%)	52
	65-69	2 (10.0%)	9 (45%)	9 (45.00%)	20
	Total	33	171	173	377

Tabla. 9 De contingencia edad con dimensión de barreras.

Tabla de contingencia de escolaridad con percepción de barreras a la realización de la toma de Antígeno prostático para detección de cáncer de próstata.

Con los resultados obtenidos no se evidencia que haya participación directa entre el grado de estudios y las barreras presentes, en todos los grupos el porcentaje de presencias de barreras fue muy similar.

BARRERAS	ESCOLARIDAD				Total
	Primaria	secundaria	Bachillerato	Licenciatura	
Barreras	96 (45.49%)	51 (46.87%)	20 (44.44%)	5 (45%)	173
Sin Barreras	97 (45.97%)	50 (45.67%)	19 (42.22%)	5 (45%)	171
Neutro	18 (8.5%)	8 (7.33%)	5 (13.33%)	2 (10.0%)	33
Total	211	109	44	12	377

Tabla 10. De contingencia escolaridad con barreras

Tabla de contingencia de escolaridad con percepción de autoeficacia.

Se observa que los hombres que tienen nivel de estudios de licenciatura tienen ligeramente nivel de autoeficacia menor a los grupos que tienen una escolaridad menor, sin embargo es evidente que la mayoría de la población entrevistada cuenta con la percepción de autoeficacia.

AUTOEFICACIA	ESCOLARIDAD				Total
	primaria	secundaria	Bachillerato	Licenciatura	
Autoeficacia	175 (82.80%)	91 (84.16%)	37 (83.87%)	9 (76.92%)	312
Sin autoeficacia	21 (9.95%)	10 (9.61%)	5 (10.76%)	2 (16.66%)	38
Neutro	15 (7.28%)	8 (7.10%)	2 (5.36%)	1 (8.33%)	26
Total	211	109	44	12	377

Tabla 11. Tabla de contingencia escolaridad con autoeficacia.

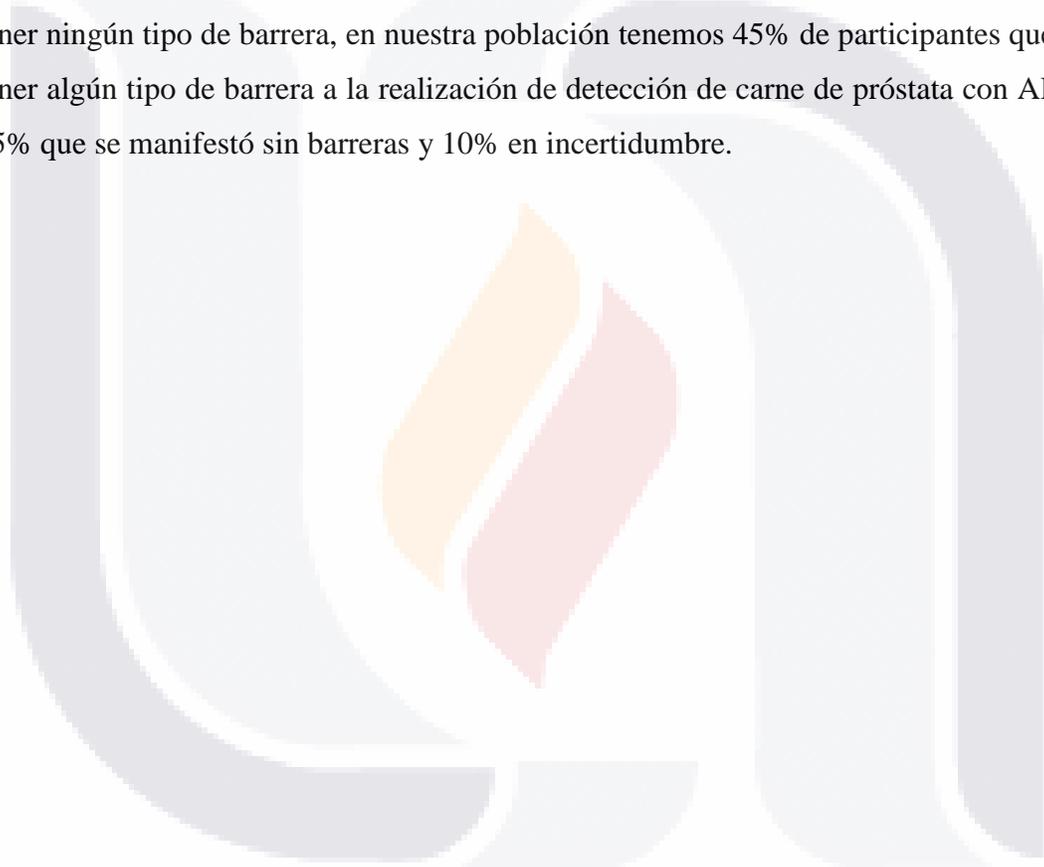
3. DISCUSION DE RESULTADOS

Comparando nuestros resultados con otros estudios encontramos en un estudio liderado por el Dr. Roger Chou, en una iniciativa de la U.S. Preventive Services Task Force⁽³²⁾, donde empleo detección de cáncer de próstata con APE, concluía que los programas de detección basados en APE resultaron en una pequeña o ninguna reducción de la mortalidad por cáncer de próstata, más bien, la detección se asocia con daños condicionados por las evaluaciones subsecuentes y tratamientos que podrían ser innecesarios. Los datos del ERSPEC European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer en su estudio longitudinal de seguimiento a 11 años mostro diferencias significativas en términos de mortalidad, la incidencia de muerte por cáncer de próstata fue de 0,39/1000 en el grupo de detección y de 0,5/1000 en el grupo control. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($P=0,001$). A pesar que los datos multinacionales mostraron diferencias a favor de la detección, en el análisis publicado regionalmente, se encuentran conclusiones contradictorias. En nuestro estudio aunque existe una asociación entre la determinación sérica de antígeno prostático y Cáncer de próstata, nosotros encontramos que los beneficios percibidos al realizarse la prueba superan el 90% de nuestra población en estudio, lo cual nos hace concluir que están convencidos que el realizar la prueba de APE obtendrán dividendos positivos al realizar esta prueba como detección para el cáncer de próstata.

Oliver J.S. en 2007⁽³⁶⁾ manifiesta en su investigación con población Afroamericana Rural que la acción de participar en la detección de cáncer de próstata o no, inicialmente implica la susceptibilidad individual percibida al cáncer de próstata o la creencia de que esta enfermedad puede afectar por sí misma. Por nuestra parte encontramos que el 55% de los participantes se consideran susceptibles de la realización de la prueba y por ende de padecer Cáncer de próstata. Muñoz Astudillo⁽⁷⁾ reporta en su estudio con población sudamericana, que perciben susceptibilidad para pruebas de detección de cáncer de próstata un 76% de la población en estudio, mientras que un 24% no sabe o no se considera. De este mismo estudio ese 76% que manifiesta susceptibilidad sobre la realización de pruebas para tamizaje de cáncer de próstata, menciona que el 67% manifestó voluntad de realizarse el examen durante

los próximos doce meses y el 33% no se realizaría las pruebas y así lo exteriorizaron. Mientras que los resultados que nosotros obtuvimos fue que 82.7% de la población se manifestó por buscar la forma para realizarse el estudio es decir se considera autoeficaces.

Pereira de Pava en 2011 ⁽⁹⁾ en su estudio sobre barreras en relación a la detección cáncer de próstata, menciona que 84% de su población muestra algún tipo de barrera caracterizada en 6 subgrupos definidos, mientras en un 8% se muestra en incertidumbre y 8% menciona no tener ningún tipo de barrera, en nuestra población tenemos 45% de participantes que refiere tener algún tipo de barrera a la realización de detección de carne de próstata con APE, otro 45% que se manifestó sin barreras y 10% en incertidumbre.



RECOMENDACIONES

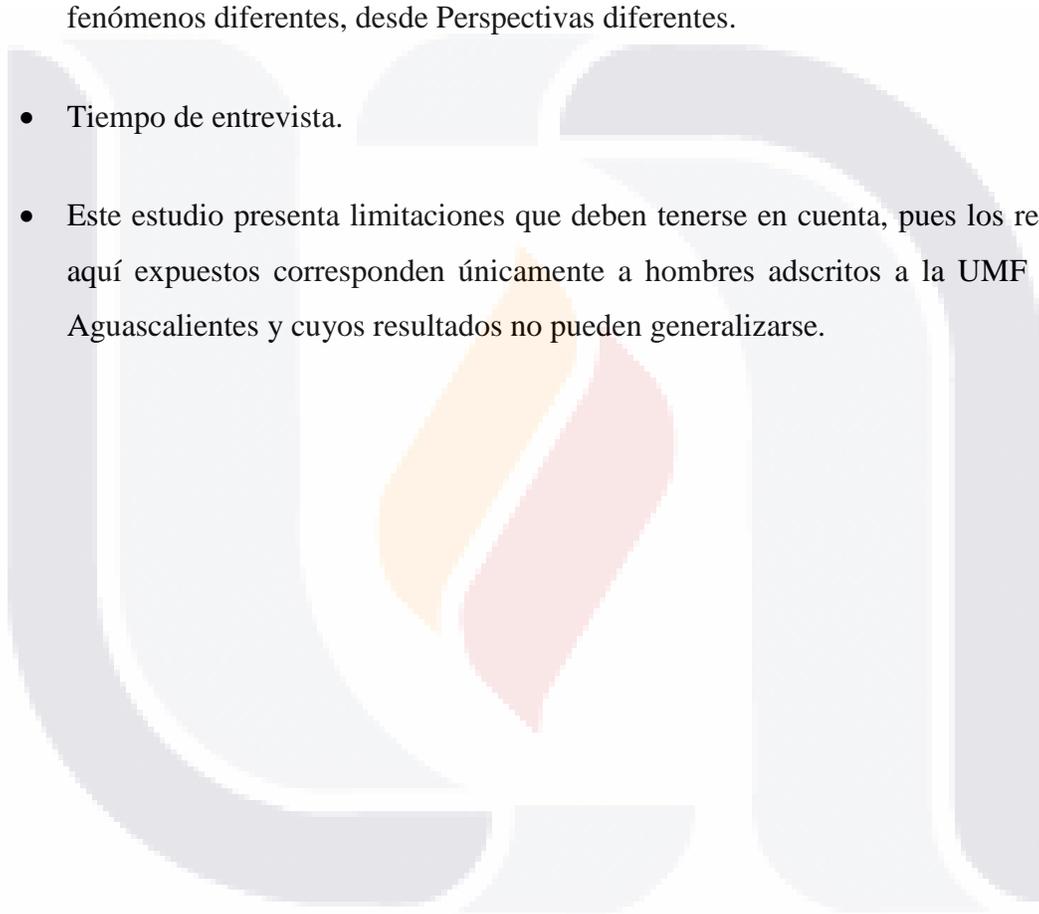
Es necesario crear soluciones para realizar una detección oportuna del cáncer de próstata en México, nuestras sugerencias parten desde el punto de que necesitamos ampliar nuestra visión y si este estudio fue hecho con población netamente urbana y adscrita a un sistema de salud establecido saber qué es lo que ocurre con la población rural.

En el diagnóstico y el tratamiento, los resultados de la evolución natural -un cáncer de próstata que de forma natural no evitaría la muerte por otra enfermedad- se debería añadir a los de la evolución artificial como la evitación de una muerte por cáncer de próstata tras quimioterapia u otras formas de tratamiento. El diagnóstico y el tratamiento en Medicina de Familia deben reflejar explícitamente el actor que los asume. En un contexto de intervención en salud mediada por diferentes actores y con diferente conocimiento y con diferentes intereses no hay un diagnóstico y un tratamiento sino tantos como actores lo expresan y por tanto debe ser muy explícito quién hace la interpretación: ¿son los pacientes o son los médicos los que necesitan la prueba de antígeno prostático? Salvo excepciones, es muy difícil separar la medicina preventiva de la medicina curativa, porque cualquier acto médico previene una situación clínica de peor pronóstico. En el caso del antígeno prostático la prevención primaria, secundaria y cuaternaria puede evitar muchos problemas.

Independientemente de lo anterior es nuestra sugerencia que a nivel institucional se emprendiera mayor educación para la salud perspectivas pueden ser múltiples desde experiencias vivenciales hasta difusión escrita y/o hablada, sensibilizar a la población blanco de la necesidad de realizar una adecuada detección de cáncer, sin dejar a lado los programas actuales que tiene nuestra institución así como el apoyo gubernamental a través de todos los medios de comunicación posibles, estableciendo metas numéricas de cobertura informativa.

LIMITACIONES

- Reconocer que el comportamiento y las prácticas individuales o colectivas relacionadas con la salud son producto de la interacción de múltiples factores y variables y no pueden ser totalmente explicables con una única teoría o modelo conceptual, pues cada teoría aporta elementos que ayudan a comprender la esencia de fenómenos diferentes, desde Perspectivas diferentes.
- Tiempo de entrevista.
- Este estudio presenta limitaciones que deben tenerse en cuenta, pues los resultados aquí expuestos corresponden únicamente a hombres adscritos a la UMF 1 IMSS Aguascalientes y cuyos resultados no pueden generalizarse.



CONCLUSIONES

Al término de esta investigación concluimos que se cumplieron los objetivos específicos identificando los beneficios percibidos por la población en estudio, la susceptibilidad percibida, las barreras percibidas, la autoeficacia y severidad percibidas frente a la realización de APE como detección para cáncer de próstata.

Nos llama la atención que la población percibe en alta tasa porcentual los beneficios de la prueba, sin embargo encontramos un nivel de barreras de 45% con 8.9% de población que se encuentra en incertidumbre y ante esta situación y esta disparidad de casi 2 a 1 entre ambas concluimos que hay asociación entre algunos otros factores para no llevar a cabo la realización de la prueba, no encontramos una relación directa entre la edad y las barreras, el nivel de estudio manifestado y las barreras es muy similar en los 4 grupos de estudio escolar. De manera general la población se considera auto eficaz para llevar a cabo la realización de la prueba, sin embargo no lo hace y es nuestra disyuntiva encontrada.

Cumpliendo con el objetivo general se identificaron las creencias en salud sobre la detección oportuna de cáncer de próstata con la determinación de antígeno prostático en pacientes hombres de 45 a 69 años en UMF 1 delegación IMSS Aguascalientes basadas en el modelo de creencias en salud (MCS), este estudio demuestra la necesidad de intervenciones educativos relacionados con el cáncer de próstata la conciencia de los hombres, sobre todo aquellos con carga genética. Los proveedores de atención médica que tienen un papel activo en la educación y promoción de salud tienen un gran compromiso frente así. Disminuir la tasa de morbimortalidad es un objetivo crucial para las instituciones de salud.

GLOSARIO

Cáncer de próstata: se refiere al tumor maligno en general de la glándula prostática caracterizado por pérdida del control de crecimiento, desarrollo y multiplicación celular, con capacidad de producir metástasis. ⁽³⁷⁾

Detección oportuna: Identificación de una deficiencia física, psíquica o sensorial o la constatación de la sintomatología que la hace presumible, en el momento más próximo a aquel en que la deficiencia se manifiesta con el objetivo de adoptar las medidas preventivas o terapéuticas necesarias. ⁽³⁸⁾

Antígeno prostático específico: Es el primer marcador tumoral aprobado por la FDA para la detección oportuna del cáncer de próstata. El APE es una glicoproteína sintetizada por las células epiteliales de la próstata que para fines prácticos es órgano específico, pero no cáncer específico por lo que los niveles séricos pueden elevarse en presencia de hipertrofia prostática benigna, prostatitis y otras condiciones no malignas, un valor de 4 ng/ml o menos es considerado como normal. El nivel del APE como una variable independiente es el mejor predictor de cáncer. ⁽³⁷⁾

Modelo de creencias en salud: Se refiere a la formación conceptual que incluye los elementos esenciales y representativos de un aspecto de la realidad. Incluye diversas dimensiones para su evaluación. ⁽³⁰⁾

BIBLIOGRAFIA

1. - Albert RH, Clark MM. Cancer screening in the older patient. *Ame. Fam. Physician.* 2008; 78(12):1369-74)
2. - Thompson IA, Ankerst DP. Prostate-specific antigen in the early detection of prostate cancer. *Can Med. Assoc. J.* 2007; 176(13):1853-8.
3. – INEGI Estadísticas. “Estadísticas a Propósito del Día Mundial Contra el Cáncer”. Datos Nacionales. Febrero 4 de 2009.
4. - Mandal DM, Sartor O, Halton SL, Mercante DE, Bailey-Wilson JE, Rayford W. Recruitment strategies and comparison of prostate cancer-specific clinical data on African-American and Caucasian males with and without family history. *Prostate Cancer Prostatic Disease* 2008; 11(3): 274–9
5. - Cáncer de la próstata ¿nueva epidemia? [En línea] [Citado 2010 Nov]. Disponible en URL:<http://www.encolombia.com/medicina/materialdeconsulta/Tensiometro9-1.htm>
6. - Diana Carolina Rubio León, Martha Restrepo Forero. Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal *Revista Colombiana de Psicología*, núm. 13, 2004, pp. 102-112, Universidad Nacional de Colombia.
7. - Muñoz Astudillo et al Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. *Revista Colombiana de Salud Publica Santa Rosa de cabal*, 2010.
- 8.- Lilja, H., Cronin, A. M., Dahlin, A., Manjer, J., Nilsson, P. M., Eastham, J. A., Bjartell, A. S., Scardino, P. T., Ulmert, D. and Vickers, A. J. (2011), Prediction of significant prostate cancer diagnosed 20 to 30 years later with a single measure of prostate-specific antigen at or before age 50. *Cancer*, 117: 1210–1219. doi: 10.1002/cncr.25568
- 9.- Pereira EP, Motta MCSM, Griep RH. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. Jan.-feb. 2011
10. - Volk, Robert J.; Linder, Suzanne K.; Kallen, Michael A. ; et al Primary Care Physicians' Use of an Informed Decision-Making Process for Prostate Cancer Screening *ANNALS OF FAMILY MEDICINE* Volume: 11 Issue: 1 Pages: 67-74 DOI: 10.1370/afm.1445 Published: JAN-FEB 2013.

11. - Lin K y collaborators U.S. Preventive Services Task Force; Screening for Prostate Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*. 2008 Aug; 149(3):185-191.
12. - Arbeláez R, Juan D. And Montealegre H, Nora A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín. *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública* [online]. 2012, vol.30, n.3 [cited 2013-10-06], pp. 300-309.
- 13.- Cabrera G. Transteoria e analisi estretegica no controle local do tabagismo Zarzal Colombia 1999, Sao Paulo 1999 (tese du dotorado du Saude Publica da Universidade de Sao paulo).
14. - Glanz K, Rimer B, and Lewis F. *Health behaviour and health education: theory, research and practice*. Second ed. San Francisco: Jossey Bass; 1997.
15. - Nutbeam D, Harris E. *Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion*. Sydney: National Centre for Health Promotion; 1998.
16. - Coombes Y, McPherson K. *Review of models of health-related behavior change*. London: Health promotion sciences unit, London School of Hygiene and tropical medicine; 1996.
17. - Becker M, (introduction). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs* 1974; 2(4):326-7
18. - Becker, M.H., Radius, S.M., & Rosenstock, I.M. (1978). Compliance with a medical regimen for asthma: a test of the health belief model, *Public Health Reports*, 93, 268-77.
19. - Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. Vol. 2 No. 4.
20. - Moreno San Pedro, Rosales Nieto J. El modelo de creencias en salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa: hacia una análisis funcional de las creencias en salud. *Internacional Jornal of psychology therapy*, June, año/vol 3 numero 001, 99-109
- 21.- Características de la población de Aguascalientes en el 2010. Disponible en <Http://sinais.salud.gob.mx/indicadores/basicos.html> ingreso Febrero 2012.

- 22.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad, datos nacionales. Sala de Prensa del INEGI [Revista electrónica] 2011 [citado 23 de noviembre de 2011].
- 23.- Onofre Muñoz Hernández PREVENIMSS Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social 2006; 44 (Sup 1): S1-S2
- 24.- Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata en 2do y 3er Nivel de Atención, México; Secretaria de Salud. 2008 ISBN: 978-607-7790-28-0
- 25.- Ley del Seguro Social Última reforma publicada DOF 28 – 05-2012
- 26.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Título primero, Capítulo I de los Derechos humanos y sus Garantías (Reformada la denominación por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011).
- 27.- Norma Oficial Mexicana NOM 017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica
- 28.- <http://www.isea.gob.mx/acercaisea.html> ingreso septiembre 2012
- 29.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud
30. - Karen Glanz, Barbara K.Rimer, and K. Viswanath Health behavior and health education: theory, research, and practice editors. 4th edition 2008
- 31.- Estadísticas de pacientes con cáncer de próstata. Departamento de Informática. Instituto Mexicano del seguro social, Delegación Aguascalientes 2012
- 32.- U. S. Preventive Services Task Force. (2002, October 28). Screening for Prostate Cancer: Recommendations and Rationale (1-16). Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion.
33. - Weinrich, S. P., Weinrich, M. C., Boyd, M. D., & Atkinson, C. (1998). The impact of Prostate cancer knowledge on cancer screening. *Oncology Nursing Forum*, 25(3), 527-534.
34. - Plowden, K. O. (2006). To screen or not to screen: Factors influencing the decision to Participate in prostate cancer screening among urban African American men. *Urologic Nursing*, 26(3), 477-482.
35. - Wilkinson, S., List, M., Sinner, M., Dai, L., & Chodak, G. (2003). Educating African American men about prostate cancer: Impact on awareness and knowledge. *Urology*, 61, 308-313.
36. - Oliver, J. S. (2007). *Prostate cancer screening patterns among African American men in the rural south*. Unpublished doctoral dissertation, Georgia State University, Atlanta, GA.

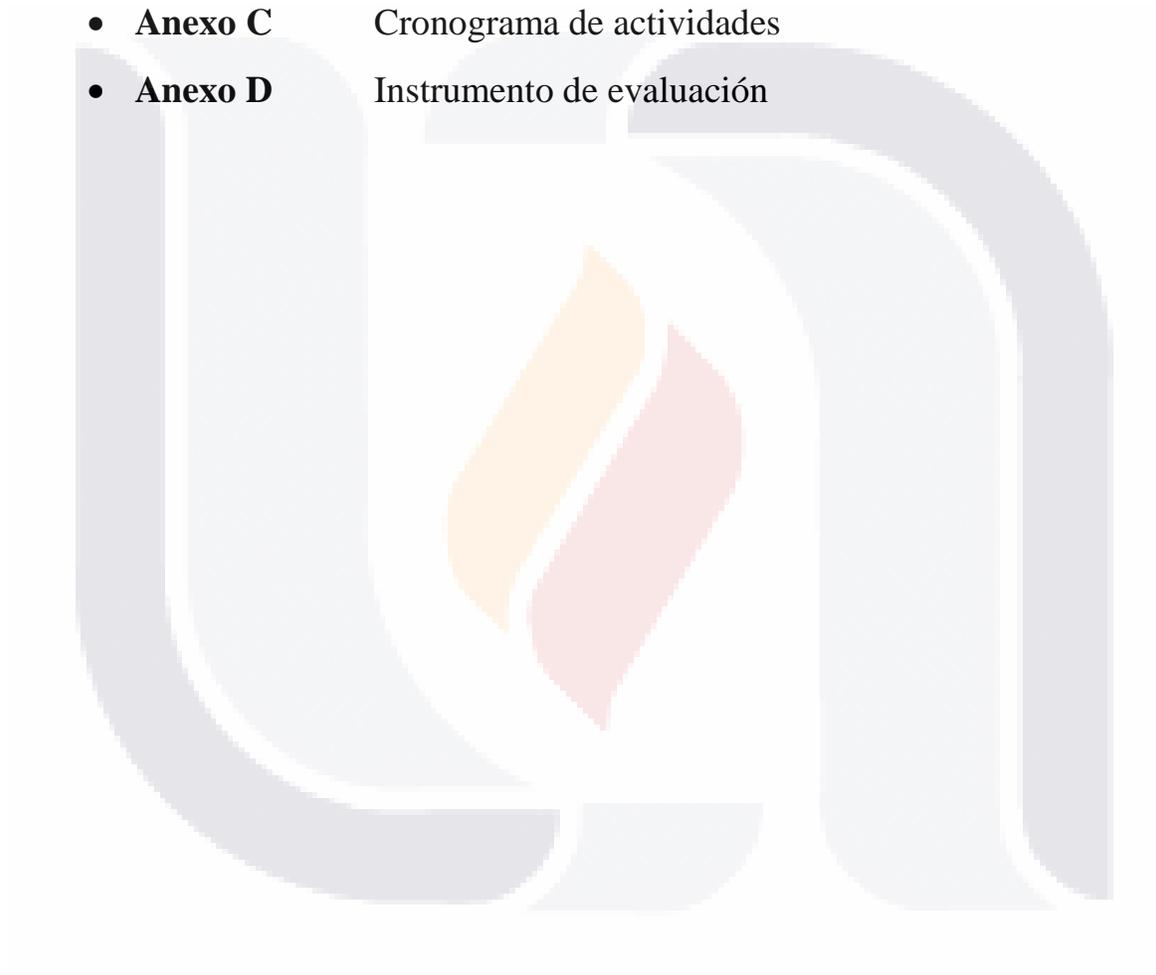
37.- Prevención y Detección Temprana del Cáncer de Próstata en el Primer Nivel de Atención México: Secretaría de Salud; 2008.

38. - Aygul Kissal. Ayse Baser Knowledge, Facilitators and Perceived barriers for early detection of Breast cancer among Elderly Turkish Women Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2011, Vol 12.



ANEXOS

- **Anexo A** Operacionalización de variables
- **Anexo B** Carta de consentimiento informado
- **Anexo C** Cronograma de actividades
- **Anexo D** Instrumento de evaluación



<p>Identificar si las barreras percibidas es una creencia en salud asociada a la realización de cuantificación de antígeno prostático para la detección oportuna de cáncer de próstata.</p>	<p>antígeno prostático.⁽³⁰⁾</p> <p>Percepción negativa de la realización de una acción.⁽³⁰⁾</p>	<p>Barreras Percibidas</p>	<p>Creencias: Es el estado de la mente en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa.⁽³⁰⁾</p>	<p>manera de diagnosticar el Cáncer?</p> <p>6.- ¿la medición del antígeno prostático me puede salvar la vida?</p> <p>7.¿Conozco la prueba de APE?</p> <p>8. No voy al médico a consultar sobre mi próstata por miedo a que me diga que tengo una enfermedad</p> <p>9. Me da temor que las mujeres se den cuenta que tengo problemas de próstata y necesito la prueba APE</p> <p>10.- La toma de sangre para la cuantificación de Antígeno prostático afectaría mi autoestima</p>	<p>Ordinal tipo Likert</p>	<p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p>	<p>Variable Independiente</p>
---	---	----------------------------	--	--	----------------------------	---	-------------------------------

<p>Identificar si la autoeficacia percibidos es una creencia en salud asociada a la realización de cuantificación de antígeno prostático para la detección oportuna de cáncer de próstata.</p>	<p>Es la creencia de que se puede ejecutar exitosamente un comportamiento, que en una última instancia conduce a un resultado deseable. ⁽³⁰⁾</p>	<p>Autoeficacia percibida</p>	<p>Creencias: Es el estado de la mente en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa. ⁽³⁰⁾</p>	<p>11.- ¿Si me detectaran alteraciones en la cuantificación de antígeno prostático buscaría apoyo médico inmediatamente?</p> <p>12.- ¿Cuento con los medios económicos para la realización del estudio en sangre para determinar si tengo Ca de próstata?</p> <p>13.- ¿Haría una cita para realizarme la prueba de Antígeno prostático?</p> <p>14.- Creo que si tuviera problemas de próstata mi comportamiento cambiaria</p>	<p>Ordinal tipo Likert</p>	<p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p>	<p>Variable independiente</p>
<p>Identificar si la gravedad percibida es una creencia en salud asociada a la realización de cuantificación de antígeno prostático para la detección oportuna de</p>	<p>Percepción de amenaza para la propia persona incluye las evaluaciones de las posibles consecuencias médicas y sociales. ⁽³⁰⁾</p>	<p>Gravedad Percibida</p>		<p>15.- ¿Las complicaciones del cáncer de próstata si no se trata a tiempo pueden atentar contra su vida?</p> <p>16.- ¿Usted cree que el cáncer de próstata es curable?</p>		<p>15</p> <p>16</p>	<p>Variable independiente</p>

<p>cáncer de próstata.</p>			<p>17.-El solo hecho de pensar en cáncer de próstata me causa stress.</p>	<p>Ordinal tipo Likert</p>	<p>17</p>	
			<p>18.- ¿Es difícil el tratamiento para el cáncer de próstata?</p>		<p>18</p>	



ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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



Carta de Consentimiento Informado para la participación en Protocolos de Investigación.

“CREENCIAS SOBRE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE PRÓSTATA CON LA DETERMINACIÓN DE ANTIGENO PROSTÁTICO EN PACIENTES HOMBRES DE 45 A 69 AÑOS EN UMF 1 DELEGACIÓN IMSS AGUASCALIENTES”

UMF 1 IMSS Delegación Aguascalientes durante el periodo de enero 2013 a febrero del 2014.

Número de registro _____

OBJETIVO: Determinar cuáles son las creencias en salud asociadas a la determinación de Antígeno prostáticos en una población masculina de 45 a 69 años de edad en unidad de atención médica 1er nivel en IMSS Delegación Aguascalientes.

JUSTIFICACIÓN: La difusión de los conocimientos adecuados sobre la detección oportuna del cáncer de próstata con la determinación sérica Antígeno prostático puede constituirse en una estrategia fundamental para la formación de una actitud positiva en relación a la detección precoz

Declaro que se me ha informado ampliamente en qué consiste está investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el proyecto de investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del proyecto de la Investigación en cualquier momento en que yo considere conveniente. Los datos otorgados durante la investigación serán confidenciales. Por lo que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este proyecto de investigación ya que serán manejados de manera anónima y confidencial. No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, sólo la inversión del tiempo en contestar la misma.

El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Dra. Ernestina Montalvo Vázquez Jefatura del Servicio de Medicina Interna IMSS HGZ 1, Delegación Aguascalientes, Teléfono: 4499139050 Correo electrónico: montana@uiessags.com

Tesista: Dr. José Alfredo Murillo Ruvalcaba, Matricula 99013868. Residente de 3er Año Medicina Familiar, Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 01, Delegación Aguascalientes, Celular 4491382752, correo electrónico: dr_alfred21@hotmail.com.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º. Piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Dr. José Alfredo Murillo Ruvalcaba Tesista

Nombre y firma del participante

ANEXO C. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Enero 2013 - febrero 2014

Actividades	Ene2 013	Feb	Mar	Ab r	May	Jun	Jul	Ago	Sep.	Oct	Nov	Dic	Ene1 4	Feb 14
Elección del tema	X													
Acopio de bibliografía	X	X	X	X										
Revisión de literatura		X	X	X	X	X								
Diseño del protocolo					X	X								
Planteamiento del problema					X	X								
Antecedentes						X								
Justificación						X								
Introducción							X							
Envío del Protocolo al Comité local							X							
Revisión y modificación del protocolo								X	X					
Registro del protocolo										X				
Aprobación del protocolo										X	X	X	X	
Trabajo de campo												X	X	
Captura y tabulación de datos													X	X
Análisis de resultados														X
Autorización														X
Elaboración de informe tesis final														X
Discusión de resultados														X
Examen de presentación de tesis														X

ANEXO D. INSTRUMENTO DE EVALUACION



**CREENCIAS EN SALUD SOBRE LA
DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE
PRÓSTATA CON DETERMINACIÓN DE
ANTÍGENO PROSTÁTICO EN PACIENTES HOMBRES DE 45 A 69 AÑOS EN
UMF 1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

1. CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA:

NOMBRE: _____

- 1. Edad _____
- 2. Ocupación _____
- 3. Procedencia _____
- 4. Estado Civil _____
- 5. Religión _____
- 6. Escolaridad: _____

INSTRUCCIONES: Seleccione la opción que considere más adecuada y márkela con una X

ITEM	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	Algo de Acuerdo	Totalmente De acuerdo
1. ¿Los adultos de 45 o más años se encuentran más propensos a padecer cáncer de próstata?					
2. ¿Hacerse examinar la sangre para saber si tiene riesgo de tener el cáncer de próstata, lo afectaría?					
3. ¿Usted cree que tiene riesgo de presentar cáncer de próstata?					
4. ¿Hacerme la prueba de sangre es la mejor manera de identificar alguna anomalía en mi próstata?					
5. ¿Al hacerme el examen de sangre disminuye mis posibilidades de tener cáncer de próstata?					

6. El diagnóstico temprano de alguna alteración en mi próstata ¿hace que tenga más posibilidades de curarme?					
7. ¿La prueba de sangre es conveniente para mí?					
8. ¿Padecer cáncer de próstata me traerá más problemas de los que tengo?					
9. ¿Me incomoda que las mujeres se den cuenta que tengo problemas de próstata?					
10. La toma de sangre para la cuantificación de Antígeno prostático afectaría mi autoestima					
11. ¿Si me detectaran alteraciones en la prueba de sangre buscaría apoyo médico inmediatamente?					
12. Considero que cualquier prueba para identificar problemas de salud, ¿es necesaria realizarla?					
13. ¿Tengo conocimiento de cómo es la toma de muestra para la medición de antígeno prostático?					
14. ¿Considera que la atención medica que recibo es eficaz para la detección oportuna de Cáncer de próstata?					
15. ¿Las complicaciones del cáncer de próstata si no se trata a tiempo pueden causarme la muerte?					
16. ¿Usted cree que el cáncer de próstata es curable?					
17. El solo hecho de pensar en cáncer de próstata me causa preocupación					
18. ¿El tratamiento para el cáncer de próstata me da miedo?					