



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**Barreras para la realización de la prueba de antígeno prostático en adultos
mayores de una clínica de Morelia**

TESIS

Que para obtener el grado de Licenciada en Enfermería

Presenta

María Hernández Arreola

Asesora

MAH. Alma Rosa Picazo Carranza

Coasesora

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Morelia, Michoacán

Octubre 2019

Directivos

MSP. Julio César González Cabrera

Director de la Facultad de Enfermería

ME Ruth E. Pérez Guerrero

Secretaria Académica

LEI Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa Sinodal

MAH. Alma Rosa Picazo Carranza

Presidente

LE Bertha Herlinda Ruiz Cubillo

Vocal 1

Dra. María Teresa Silvia Tinoco Zamudio

Vocal 2

Dedicatoria

Dedicado a mamá y papá, dueños y protagonistas de este logro.

A Dios; por guiarme por el camino correcto para poder tomar esta carrera de gran amor. Por seguir guiándome en cada momento y nunca dejarme sola. Por levantarme cada que caigo y siempre darme lo posible para nunca darme por vencida. Por mis padres y por mis hermanas que son mi motivo y motor principal para seguir adelante.

A mis padres; porque sin ellos nada de esto podría ser posible, por darme siempre todo lo mejor y necesario para poder salir adelante y para poder conseguir mis metas. Por enseñarme que puedo hacer las cosas con todo, menos con miedo. Por siempre estar conmigo en cada momento de mi vida, en las buenas y en las malas, por ser el mejor apoyo y motivación de mi vida, por dejarme volar tan alto como pueda y por apoyarme en cada sueño. Por todo su amor y apoyo incondicional. Son ambos, mi mejor y mayor ejemplo a seguir.

A mi mamá, María Eugenia; por ser la mejor mamá del mundo, por resguardarme en tus brazos por todo este tiempo y por siempre, porque tus brazos son el mejor lugar para curar heridas y tristezas. Por enseñarme de la mejor manera a salir adelante y hacerme querer llegar más lejos.

A mi papá, Jesús; por ser el mejor papá del mundo, por impulsarme a salir adelante día tras día y a evitar que me dé por vencida, por siempre tener los mejores brazos para curar miedos, por dar los mejores consejos y hacerme creer en mi misma.

A mis hermanas; gracias por ser las mejores amigas del mundo, las mejores para aventuras y travesuras. Por ser, sin duda, las mejores confidentes y estar siempre para mí. Por dar los mejores consejos y regaños que han podido hacerme crecer, tanto como persona como profesionalmente.

A mi hermana Verónica, por demostrarme que no hay un límite para superarse, por tantos regaños que han servido de muchísimo. Por tu perseverancia y paciencia en enseñarme tantas cosas tan importantes de la vida y nunca darte por vencida conmigo.

A mi hermana Julieta, por ser la mejor conejillo de indias y experta en consejos. Por estar conmigo en cada logro y derrota. Por hacerme ver las cosas de la mejor manera y enseñarme que cada experiencia vale la pena o al menos intentarlo.

A mi novio, Adrián; por ser el mejor compañero de vida. Por apoyarme en cada paso que doy y darme siempre tú apoyo. Por ser la mejor persona en escuchar y por estar conmigo en cada etapa de mi vida desde hace 7 años. En las buenas, en las malas y en las peores. Por demostrarme que todo puede ser posible, gracias a tu perseverancia y dedicación a las cosas. Porque ninguna medida de tiempo contigo será suficiente, empecemos por siempre.

A Cirilo; por acompañarme noche tras noche en cada sueño e insomnio. Por demostrar que no importa de que estas hecho, sino del amor que puedes darle a una persona.

Agradecimientos

Quiero agradecer más que a nadie, a la doctora Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz; por ser la mejor asesora de todas. Por tanta dedicación a su trabajo y labor de ayudar y querer a sus estudiantes. Por todo el apoyo y paciencia. Por tantos regaños que valieron la pena en demasía, siendo este proyecto un logro también de usted. Sin duda, este trabajo no hubiera sido posible sin tanta ayuda obtenida por usted. Le quedo infinitamente agradecida por tantas facilidades obtenidas de su parte para poder lograr esta meta.

También al profesor Miguel Mora; por ser de los mejores profesores que tuve en toda la carrera profesional. Por su manera tan estricta y agradable de enseñar y amar esta carrera. Porque a pesar de todo es mi profesor favorito, el que mejor me enseñó y por el cual quiero ser enfermera quirúrgica.

Finalmente quiero agradecer a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y a la Facultad de enfermería por tanto aprendizaje.

Resumen

Introducción. El cáncer de próstata es la primera causa de muerte en hombres y muchas veces existen mitos que obstaculizan la realización de la prueba de antígeno prostático en esta población. Objetivo. Evaluar las barreras para la realización de la prueba de antígeno prostático en adultos mayores de una clínica de Morelia. Material y métodos. Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal y prospectivo. La muestra fue no probabilística de 51 hombres adultos mayores de una clínica de Morelia. Se utilizó estadística descriptiva y programa SPSS 25. Resultados. 45.1% con edad de 65-70 años, residentes de Morelia (82.4%), casados (37.3%), escolaridad preparatoria (31.4%), cristianos (37.3%), sin antecedentes de cáncer (58.8%) y asistentes al turno matutino (82.4%). En cuanto a la variable, 51% refiere estar muy de acuerdo de tener miedo para realizarse la prueba de antígeno prostático; 35.3% considera estar de acuerdo en no tener tiempo de realizarse la prueba; y 37.3% está de acuerdo en tener miedo del resultado. Conclusiones. Los participantes tienen miedo de realizarse la prueba, lo que representa un riesgo para su salud.

Palabras clave: Cáncer, próstata, antígeno prostático, adultos mayores, barreras.

Abstract

Introduction. Prostate cancer is the leading cause of death in men and many times there are myths that hinder the performance of the prostate antigen test in this population. Objective. To evaluate the barriers for the performance of the prostate antigen test in older adults of a Morelia clinic. Material and methods. Quantitative, non-experimental, descriptive, cross-sectional and prospective study. The sample was not probabilistic of 51 older adult men from a Morelia clinic. Descriptive statistics and SPSS 25 program were used. Results. 45.1% with age of 65-70 years, residents of Morelia (82.4%), married (37.3%), preparatory schooling (31.4%), Christians (37.3%), no history of cancer (58.8%) and assistants to the morning tyrant (82.4%). As for the variable, 51% report agreeing to be afraid to have the prostate antigen test; 35.3% consider agreeing to not have time to take the test; and 37.3% agree to be afraid of the result. Conclusions Participants are afraid of having the test, which represents a risk to their health.

Keywords: Cancer, prostate, prostate antigen.

Índice

Introducción.....	4
I. Justificación.....	8
II. Planteamiento del problema.....	12
III. Objetivos	14
3.1. General	14
3.2. Específicos	14
IV. Marco teórico	16
4.1. Cáncer de próstata	16
4.1.1. Concepto de cáncer	16
4.1.2 Signos y síntomas	16
4.1.3. Prevención	17
4.1.4 Diagnóstico	17
4.1.5 Estadificación	18
4.1.6 Vigilancia activa.....	19
4.1.7 Tratamiento de enfermedad local.....	20
4.1.8 Tratamiento de enfermedad local avanzada y de alto riesgo	21
4.2 Barreras para la realización de prueba de antígeno prostático.....	22
4.2.1 Conceptos de barreras.....	22
4.2.2 Generalidades	22
V. Material y métodos.....	24

5.1 Tipo y diseño de estudio	24
5.2 Limites de tiempo y espacio.....	24
5.3 Universo.....	24
5.4 Muestra.....	25
5.5 Variables.....	25
5.6 Criterios	25
5.6.1 Criterios de inclusión	25
5.6.2 Criterios de exclusión	25
5.6.3 Criterios de eliminación	25
5.7 Operalización de variables.....	26
5.8 Instrumentos	26
5.9 Prueba piloto	26
5.10 Procedimiento.....	26
5.11 Análisis estadístico	27
Consideraciones éticas y legales.....	28
VI. Resultados	31
VII. Discusión.....	38
VIII. Conclusiones.....	41
IX. Sugerencias	43
X. Referencias bibliográficas	44
XI. Anexos	49

XII. Apéndices	52
Apéndice 1 Hoja de Consentimiento informado	52
Apéndice 2 Cronograma de Actividades	53

Introducción

El cáncer de próstata se considera uno de los problemas médicos más importantes de la población masculina, tanto a nivel nacional como internacional, sobre todo en países como México, donde el incremento de la densidad del adulto mayor es cada vez más grande, generando un incremento a su vez, de más personas que entrarán al grupo de mayor riesgo para desarrollar este tipo de neoplasia maligna, ya que este tipo de cáncer se relaciona directamente con la edad.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE) ha creado una campaña titulada “Febrero, mes de la salud del hombre” y junto a otras instituciones, prioriza la detección de enfermedades en fases tempranas, como el cáncer de próstata. El Instituto dispone de tres pruebas para detectar la probabilidad de padecer cáncer de próstata: el antígeno prostático en sangre, el cual da una certeza de entre el 16 y 20 por ciento; el tacto rectal, 30 por ciento y, el ultrasonido, 60 por ciento.

Por lo anterior y la percepción de que en la Clínica de Medicina familiar ISSSTE Morelia, la prueba rápida de antígeno prostático se realiza en un porcentaje muy bajo, se pretende identificar cuáles son las barreras que existen en los derechohabientes para realizarse la prueba de antígeno prostático como una forma de detección precoz.

Este trabajo fue estructurado en capítulos. El primer capítulo aborda la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y estudios relacionados en la justificación.

El segundo capítulo presenta el planteamiento del problema, la pregunta de investigación y los objetivos general y específicos. En seguida se describe el marco teórico donde se abordan las variables de estudio.

A continuación, en el capítulo de material y métodos se describió el tipo y diseño de estudio, universo, muestra, variables, criterios, dentro de estos se

encuentran los criterios de inclusión, exclusión y de eliminación y, por último, las consideraciones éticas y legales que se consideraron para este estudio.

Finalmente se enlistaron las referencias bibliográficas utilizadas en el protocolo, así como los apéndices y anexos, tales como el instrumento, la operacionalización de variables y hoja de colecta de datos.

Capítulo I

I. Justificación

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017), en las Américas, el cáncer de próstata es el cáncer más común en los varones, con unos 413.000 nuevos casos y 85.000 muertes cada año. Los países del Caribe, especialmente Barbados, Trinidad y Tobago y Jamaica tienen las tasas de cáncer de próstata más altas en la región.

En México durante el 2014, se diagnosticaron alrededor de 233,000 nuevos casos de cáncer de próstata. El cáncer de próstata es la causa más frecuente de mortalidad por tumores malignos con un 16% de incidencia en México. Los datos más recientes publicados por el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) indican una tasa de mortalidad de 13 defunciones por cada 100,000 hombres. Durante el año 2013, se observó una tasa de mortalidad de 6 defunciones por cada 100,000 hombres de 20 años y más (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015).

El cáncer de próstata es el tumor maligno más frecuente en el mundo, en los hombres mayores de 50 años y representa uno de los principales problemas de salud pública en la población masculina. Se estima que uno de cada seis varones desarrollará cáncer de próstata a lo largo de su vida y la probabilidad de presentarlo se incrementa con la edad. La incidencia de este tumor ha aumentado en los últimos años debido a tres hechos: el aumento de la esperanza de vida; la utilización, desde finales de los años 80, del antígeno prostático específico (PSA) que permite el diagnóstico en fase preclínica aumentando así el número de casos diagnosticados, y la mejora y extensión de los métodos diagnósticos de imagen (Informe sobre la salud de los mexicanos “Diagnóstico general de la salud poblacional”, 2015)

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) se estima que la introducción de la prueba de PSA podría resultar en una reducción de la mortalidad por cáncer de próstata de entre el 20% y el 30%. Sin embargo,

entre un 20% y un 40% de los casos de cáncer detectados por esta prueba se sobre diagnostican.

De acuerdo a una investigación hecha por el Programa de Acción Cáncer de Próstata (Secretaría de salud, 2001), en la distribución de la mortalidad por grupo de edad se afecta principalmente al grupo mayor de 65 años, en un 88%, el 12% restante de defunciones están en el grupo de edad, en el cual las intervenciones tienen un mayor costo beneficio y parte de las estrategias del programa son dirigidas a evitarlas y a mejorar la calidad de vida en los otros grupos de edad. En los últimos años, el número de adultos mayores ha aumentado paulatinamente en el mundo.

Si no se ejercen acciones de prevención efectiva y detección oportuna de cáncer de próstata y HPB, el costo en la calidad de vida de las personas y para los gobiernos será alto. El abordaje propuesto en México está enfocado a sensibilizar a la población mayor de 40 años con antecedentes de riesgo y 45 años sin antecedentes de riesgo a realizarse una encuesta de factores de riesgo, para evaluar sintomatología prostática, para su clasificación: leve, moderada y severa; en un inicio las personas con sintomatología leve y moderada recibirán recomendaciones sobre los estilos de vida saludables que previenen o retrasan la aparición de la enfermedad. Todos aquellos individuos que presenten sintomatología severa serán evaluados por el médico del primer nivel adiestrado y aquellos sospechosos, serán referidos al médico especialista para su valoración con tacto rectal, antígeno o ambos con el propósito de determinar el diagnóstico. El impacto del programa los reduciría de manera importante; cabe señalar que se evitarían en un período de 6 años, 3 780 defunciones, con un costo anual del abordaje preventivo de cuarenta millones de pesos (Secretaría de Salud, 2001).

El objetivo principal del área de enfermería es unificar criterios de actuación que nos permita investigar y reevaluar para mejorar la calidad del cuidado a los pacientes y aumentar su grado de satisfacción, no siendo el cáncer de próstata una excepción.

Es posible realizar esta investigación dado que se tiene acceso a los hombres adultos de edades entre 60-75; igualmente la investigadora de este trabajo será responsable de cubrir los gastos generados en esta investigación. Con esta investigación se fortalece la Línea de Generación y Aplicación del Conocimiento de Intervenciones integrales para la salud en condiciones crónicas..

Para realizar este estudio se cuenta con la autorización de los directivos de la institución de salud (Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Vasco de Quiroga) para encuestar a los adultos hombres de edades de 60-75. De igual manera, todos los gastos que se requieren para esta investigación serán absorbidos por la investigadora principal, incluyendo transporte, material y equipo.

Los resultados obtenidos en este trabajo fortalecerán la línea de generación y aplicación innovadora del conocimiento “Cuidado integral en condiciones crónicas”

Algunos estudios que se han realizado con esta temática se presentan a continuación. En 2011 se realizó una encuesta domiciliar abarcando 160 hombres en un área de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Poco más de la mitad ya había realizado el examen. En relación con 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, diseminar los conocimientos adecuados sobre el examen puede constituirse en una estrategia fundamental para la formación de una actitud positiva en relación con la detección precoz (Paiva, Motta y Griep, 2011).

Reconociendo la importancia de los agravios a la salud masculina en el contexto de la salud pública, el Ministerio de la Salud lanzó la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre buscando promover acciones de salud

que contribuyan para la comprensión de la realidad de la salud masculina en sus diversos contextos socio-culturales y político-económicos y que, respetando los diversos niveles de desarrollo y organización de los sistemas locales de salud, posibiliten el aumento de la expectativa de vida y la reducción de los índices de morbimortalidad por causas prevenibles y evitables en esa población. Por lo tanto, intervenciones en el ámbito de la salud pública son necesarias. Estas deben ser capaces de alcanzar y sensibilizar a los hombres en relación al cáncer de próstata, permitiendo conocimientos necesarios que estimulen prácticas positivas de rastreo, principalmente entre aquellos grupos de mayor riesgo. En este sentido, las acciones de salud, así como la evaluación de la efectividad son necesarias. A pesar de que existen acciones de estímulo a la adhesión al rastreo promovidas anualmente en algunas unidades de salud, no se encontró estudios que evalúen el área abarcada, la efectividad y la asimilación de los conocimientos difundidos (Paiva y colaboradores, 2011).

La prevención y la detección precoz, estrategias básicas para el control del cáncer de próstata, tienen como requisito esencial un conjunto de actividades educativas constantes, persistentes y dinámicas para los hombres, según su estándar de valores, escolaridad, entre otras variables. Consideramos que tales actividades educativas deban priorizar la necesidad urgente de cambiar el comportamiento tanto por parte de los hombres como de los servicios priorizando los exámenes de rastreo. (Paiva y colaboradores, 2011).

II. Planteamiento del problema

El cáncer de próstata, se considera uno de los problemas médicos más importantes de la población masculina. Los tumores más frecuentemente diagnosticados en varones en España en 2017 fueron los de próstata, según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2019) alcanzando la cifra de 30.076 casos ese año. En 2016, según recoge la Sociedad Española de Oncología Médica a partir de datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, los tumores de próstata fueron responsables de 5.752 muertes en la población general en nuestro país. Datos recientes indican que la supervivencia de los pacientes con cáncer ha aumentado de forma continua en los últimos años en todos los países europeos, especialmente para el cáncer de próstata, en probable relación con el diagnóstico precoz.

Por lo tanto, sin saberlo para prevenir el cáncer de próstata o para curar enfermedades metastásicas, la única esperanza de reducir el sufrimiento y la muerte por cáncer de próstata son a través de la detección temprana y apropiada y efectiva el manejo del paciente (Secretaría de Salud, 2001).

Un estudio realizado del 2007 al 2009 en México reportó, de un total de 16,319 casos de cánceres urológicos, 7,421 casos de cáncer de próstata, ocupando el primer lugar. (Flores, Jiménez y Espino, 2011).

La tasa de mortalidad por esta causa, se ha incrementado en los últimos 15 años pasando de 42.3% a 45.9% por cada 100,000 habitantes. Además, es la segunda causa de egreso hospitalario por cáncer, sólo rebasado por el tumor maligno de mama (NOM-048-SSA2-2017).

Durante los últimos años, las recomendaciones de detección para el cáncer de próstata utilizando prueba rápida de antígeno prostático tiene cambiando significativamente. La detección precoz de cáncer de próstata fue ampliamente adoptada a mediados de la década de 1990 siguiendo recomendaciones de la Asociación Americana de Urología (AUA) y la Sociedad Americana del Cáncer

(ACS), quienes recomendaron examen anual para hombres de 50 años y mayores (American Cancer Society, 2019).

En México el cáncer de próstata es la primera causa de muerte en hombres mayores de 65 años. El 70 por ciento se detecta en etapas avanzadas. El cáncer de próstata es un tumor maligno en la glándula prostática que en sus etapas iniciales no presenta síntomas específicos. Por ello es fundamental que los hombres después de los 40 años se realicen prueba del antígeno prostático a través de una muestra de sangre (Secretaría de Salud, 2019).

De acuerdo con la información anterior surge la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuáles son las barreras para la realización de la prueba de antígeno prostático en adultos mayores de una clínica de Morelia?

III. Objetivos

3.1. General

Determinar las barreras para la realización de la prueba de antígeno prostático en adultos mayores de una clínica de Morelia.

3.2. Específicos

1. Describir a la población participante con base en las variables sociodemográficas.
2. Describir las barreras para la realización de la prueba de antígeno prostático en adultos mayores..

Capítulo II

IV. Marco teórico

En este apartado se describen las variables de estudio.

4.1. Cáncer de próstata

4.1.1. Concepto de cáncer

El cáncer de próstata se define como la proliferación incontrolada de las células epiteliales (secretoras lumbinales, células basales y células neuroendocrinas raramente) de la glándula prostática, con comportamiento biológico, potencial maligno y pronóstico heterogéneos relacionados principalmente a la edad (Xin L, 2013; Garber K, 2010; Valkenburg KC, 2011).

4.1.2 Signos y síntomas

El cáncer de próstata en estadio inicial no tiene síntomas ni signos. Normalmente se detecta mediante un análisis del PSA, un proceso llamado detección. Si se sospecha la presencia de cáncer de próstata en función de un análisis del PSA, se requieren más controles y pruebas para diagnosticar cáncer de próstata. Cuando el cáncer de próstata provoca efectivamente síntomas o signos, generalmente se diagnostica en un estadio posterior. Estos signos y síntomas incluyen:

- Micción frecuente.
- Flujo miccional débil o interrumpido, o necesidad de hacer fuerza para vaciar la vejiga.
- Nocturia.
- Hematuria.
- Hemospermia.
- Nueva aparición de disfunción eréctil.
- Micción dolorosa, que es mucho menos frecuente.
- Molestias o dolor al estar sentado, causadas por un aumento del tamaño de la próstata (Sociedad Americana de Oncología, 2019).

4.1.3. Prevención

Se recomienda la determinación de un APE basal entre los 40 a 50 años; posteriormente se sugiere planear el tamizaje según resultados y decisión compartida entre el médico-paciente (Lilja H., 2010).

El tacto rectal está indicado en todos los pacientes mayores de 55 años, en pacientes con sintomatología urinaria baja sin importar la edad y en pacientes asintomáticos pero con factores de riesgo (Halpern JA, 2017).

Se sugiere una evaluación individualizada para la realización de biopsia prostática en el que se considere la edad, comorbilidades, origen étnico y raza (Rodríguez, 2014).

Se recomienda ofrecer evaluación y estudios adicionales a hombres asintomáticos con un examen rectal digital normal y un nivel de antígeno prostático específico (PSA) entre 4-10 ng/ml antes de realizar una biopsia de próstata; cuando los valores sean inferiores de 4 ng/ml, se debe tomar en cuenta la estratificación del riesgo (Mottet, 2016).

4.1.4 Diagnóstico

Los niveles altos de antígeno prostático no son indicativos de cáncer prostático ya que puede existir neoplasia con antígeno normal. El examen digital rectal sigue siendo indispensable, el sitio de mayor frecuencia de cáncer se encuentra en la zona periférica (irregularidad, asimetría y cambio en la consistencia de la próstata). Las indicaciones para llevar a cabo la biopsia transrectal de próstata guiada con ultrasonido son: Alteraciones en el tacto o en el antígeno prostático.

El diagnóstico se confirma con el resultado histopatológico de la biopsia. Se recomienda que como mínimo se tomen de 10 a 12 muestras. La presencia de neoplasia intraepitelial de alto grado o de proliferación acinar atípica obliga a repetir el procedimiento (en 3 ó 6 meses).

La indicaciones de gamagrama óseo son:

- Antígeno prostático igual o mayor a 20 ng/ml.
- Gleason indiferenciado >7.
- Dolor oseo.
- Etapas clínicas T3 y T4 Las indicaciones de TAC o Resonancia Magnéticas:
- T3 y T4 o T1 y T2 con alta probabilidad de afectación ganglionar (Gleason mayor de 8 y antígeno mayor a 20).

4.1.5 Estadificación

Los factores más importantes para seleccionar el tratamiento inicial en hombres recién diagnosticados con cáncer de próstata son:

- La extensión anatómica de la enfermedad (Estadios TNM)
- Grado histológico (Escala de Gleason/grupo de grado) y las características moleculares del tumor
- Niveles séricos de APE
- Desenlace estimado con las diferentes opciones de tratamiento
- Complicaciones potenciales con los diferentes tratamientos
- La condición médica del paciente, la edad, comorbilidades, y las preferencias del paciente (Barry, 2015).

La evaluación inicial debe incluir la estadificación clínica basada en:

- Tacto digito rectal por un clínico experimentado
- Los niveles pretratamiento de APE
- La Escala de Gleason en la biopsia inicial
- El número y extensión tumoral del cáncer en las muestras de la biopsia

- En algunos casos, las características moleculares del tumor
- Los estudios de imagen que evalúan la extensión extra prostática, las adenopatías regionales, o las metástasis a distancia, dependiendo de la etapa clínica inicial (Kasivisvanathan, 2018).

La etapa clínica T debe ser evaluada por medio de tacto digito rectal. La resonancia magnética provee una estadificación T más precisa y puede ayudar a seleccionar la técnica quirúrgica, respecto a la preservación de nervios y la excisión amplia de áreas con un potencial de extensión extra prostático. Dentro de la categoría de bajo riesgo, las biopsias positivas de alto porcentaje, la extensión del tumor en la biopsia, la densidad del APE y un menor porcentaje de la relación APE f/t, se asocian con el riesgo de estadificar por debajo de lo correspondiente (Parker, 2015).

4.1.6 Vigilancia activa

La vigilancia activa es una estrategia de seguimiento y monitoreo cercano, que utiliza el antígeno prostático en suero, biopsias prostáticas en repetidas ocasiones y/o resonancia magnética, dejando el tratamiento curativo en reserva para aquellos con evidencia temprana de progresión de la enfermedad (Suardi, N. 2008).

Un ensayo clínico aleatorizado de 695 hombres que comparó la vigilancia activa y la prostatectomía radical antes de la era de la medición del antígeno prostático específico, mostró un beneficio en la supervivencia en aquellos pacientes que se sometían a prostatectomía radical. La incidencia acumulada de muerte a los 18 años de seguimiento fue de 56.1% en el grupo de prostatectomía radical y de 68.9% en el de vigilancia activa (IC95%, 5.1 a 20.3), correspondiendo a un riesgo relativo de muerte en el grupo de prostatectomía radical de 0.71 (Bill-Axelsson A., 2014).

Se recomienda el tratamiento con terapia hormonal y vigilancia activa en hombres con enfermedad local o localmente avanzada que no son aptos, o no quieren recibir, tratamiento radical.

Se recomienda radioterapia más supresión hormonal o prostatectomía radical más linfadenectomía en pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado o con enfermedad de alto riesgo (Parker, 2015).

4.1.7 Tratamiento de enfermedad local

En pacientes con diagnóstico de cáncer confinado a la próstata, las opciones de manejo estándar incluyen la prostatectomía radical, el tratamiento con radiación (rayo externo, braquiterapia) y para pacientes cuidadosamente seleccionados con muy bajo o bajo riesgo, la vigilancia activa.

Los factores clave para elegir el tratamiento en un paciente con un cáncer de próstata de bajo riesgo incluyen:

- La probabilidad de recurrencia o de metástasis posterior al tratamiento (estratificación de riesgo).
- La edad del paciente y su expectativa de vida.
- La presencia o ausencia de comorbilidad significativa.
- Las preferencias del paciente (Klein, 2018).

La espera vigilada con tratamiento hormonal retardado para la progresión sintomática es una opción para los pacientes que no son aptos, o no desean un tratamiento con intención curativa. Las opciones de tratamiento curativo incluyen a la prostatectomía radical, radioterapia externa y braquiterapia.

La vigilancia activa es una estrategia de monitoreo cercano, utilizando los niveles séricos de APE, y realizando biopsias prostáticas y/o resonancia magnética, dejando el tratamiento curativo en reserva para aquellos con evidencia temprana de progresión de la enfermedad (Parker C. 2015).

El tratamiento óptimo para el cáncer de próstata clínicamente localizado es controversial. La mayoría de los estudios se centran en la falla bioquímica (APE) cuando comparan prostatectomía radical contra radioterapia. Una revisión crítica de la literatura para determinar si se podía llegar a conclusiones confiables respecto a si la prostatectomía radical comparada con radioterapia con o sin supresión androgénica era superior muestra que las diferencias a 10 años hablando de supervivencia causal específica son menores al 1%. Se requiere mayor evidencia al respecto (Roach, 2015).

4.1.8 Tratamiento de enfermedad local avanzada y de alto riesgo

Un ensayo clínico aleatorizado que incluyó 818 pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado que fueron asignados aleatoriamente para recibir radioterapia únicamente, radioterapia más 3 meses de bloqueo andrógeno combinado y neoadyuvante, o radioterapia más 6 meses de bloqueo andrógeno combinado, mostró que el tratamiento hormonal durante 6 meses, comparado solamente con radioterapia, disminuyó de forma significativa la mortalidad por cualquier causa (HR 0.63, 0.48 a 0.83) (Denham, 2011).

Una revisión sistemática de 11 ensayos clínicos con un total de 3,060 participantes para evaluar los efectos del tratamiento con antiandrógenos no esteroideos (bicalutamida, flutamida, nilutamida) comparados con agonistas de la hormona liberadora de luteinizante o monoterapia con castración quirúrgica para el tratamiento de etapas avanzadas de cáncer de próstata sensible a hormonas muestra que los antiandrógenos no esteroideos llevaron a una menor tasa de supervivencia y una mayor progresión clínica así como a falla en el tratamiento. Además, aumentaron el riesgo de suspender el tratamiento debido a los eventos adversos e incrementaron el riesgo de dolor en mamas y de ginecomastia (Kunath, 2015).

4.2 Barreras para la realización de prueba de antígeno prostático

4.2.1 Conceptos de barreras

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Berbiglia y Banfield, 2011).

Obstáculo fijo o móvil que impide el paso por un lugar. Dificultad que impide el logro de un deseo. Cantidad o límite de una cosa (Diccionario de la Lengua Española, 2015).

4.2.2 Generalidades

El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y de salud como el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud (Sillas y Jordán, 2011).

Capítulo III

V. Material y métodos

5.1 Tipo y diseño de estudio

Se trató de un estudio que tendrá un diseño no experimental descriptivo, transversal y prospectivo, en el cual se realizó una descripción de la variable de autocuidado.

El diseño metodológico, es una relación clara y concisa de cada una de las etapas de la intervención. El diseño metodológico es la descripción de cómo se va a realizar la propuesta de intervención. Son los pasos por seguir para generar una información que el proyecto requiere. A la luz de una temática, unos objetivos que se problematizan” (García, 2009).

De acuerdo a la manipulación de la variable, este es un estudio no experimental, debido a que no se manipula la variable, solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos (Hernández et al, 2014).

De acuerdo al tiempo en que se realizó el estudio se considera prospectivo porque el inicio es anterior a los hechos estudiados y los datos se recogen a medida que van sucediendo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

De acuerdo al número de mediciones este estudio es considerado transversal ya que se recolectarán datos en un solo momento (Hernández et al, 2014).

5.2 Limites de tiempo y espacio

Se llevó a cabo en el período comprendido de enero a julio del 2019 en Morelia Michoacán, realizando la recolección de los datos a los pacientes de la clínica de medicina familiar del ISSSTE Vasco de Quiroga de Morelia Michoacán.

5.3 Universo

El universo de este estudio fueron los hombres adultos de entre 60 y 75 años de edad de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Vasco de Quiroga de la

localidad de Morelia, Michoacán de Ocampo en los diferentes turnos comprendidos por la clínica.

5.4 Muestra

La muestra de este estudio será no probabilística de 51 hombres adultos mayores de entre 60-75 años de edad con un muestreo de conveniencia.

5.5 Variables

La variable independiente del estudio es el autocuidado que se define como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo (OMS, 2008).

5.6 Criterios

Los criterios de selección de este proyecto de investigación son los siguientes:

5.6.1 Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a los hombres adultos mayores de entre 60-75 años de edad, residentes del estado de Michoacán derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Vasco de Quiroga, que aceptaron participar y que firmaron la hoja de consentimiento informado.

5.6.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio a los pacientes adultos mayores de entre 60-75 años de edad, residentes del estado de Michoacán derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Vasco de Quiroga, que no aceptaron participar y que no firmaron la hoja de consentimiento informado.

5.6.3 Criterios de eliminación

Se eliminaron del estudio a quienes no contestaron más del 30% del instrumento.

5.7 Operalización de variables

Las variables del estudio se muestran en el Apéndice 1.

5.8 Instrumentos

Para medir la variable barreras para la realización de antígeno prostático, se utilizará el instrumento “Barreras para la realización de la prueba de antígeno prostático” elaborado por Elenir Pereira de Paiva, María Catarina Salvador da Motta y Rosane Harter Griep. Al instrumento se agregaron varias preguntas elaboradas ex profeso por la investigadora principal.

El instrumento consta de dos dimensiones: Valores sociodemográficos (seis reactivos) y barreras para la realización de la prueba de antígeno prostático (10 reactivos).

El instrumento Barreras para la realización de la prueba de antígeno prostático utiliza una escala de respuesta tipo Likert con cinco valores de 1 a 5 (muy de acuerdo = 1, de acuerdo = 2, ni de acuerdo ni en desacuerdo = 3, en desacuerdo = 4 y, muy en desacuerdo = 5) y considera que a mayor puntuación, mayor es la barrera.

5.9 Prueba piloto

El instrumento a aplicar se realizó en prueba piloto a 10 personas.

5.10 Procedimiento.

Una vez elaborado el protocolo se solicitó la evaluación por el Comité de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y posteriormente se solicitó la autorización de los directivos de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Vasco de Quiroga.

De manera paralela, la investigador principal efectuará la prueba piloto y realizará la compra del material y equipo necesario. Se acudió en ambos horarios establecidos de servicio de la Clínica (matutino y vespertino) y se abordó a los

participantes a quienes se invitó a participar en el proyecto, y al aceptar se les informó de su participación y se les solicitó la firma de la hoja de consentimiento informado.

Se inició con el llenado de datos sociodemográficos y la escala de Barreras para la realización de la prueba de antígeno prostático.

Finalmente se efectuó el vaciado de datos en una matriz del programa SPSS versión 25 para Windows; se elaboraron tablas, resultados, conclusiones, discusión y sugerencias.

5.11 Análisis estadístico

Los resultados se analizaron utilizando estadística descriptiva con medidas de tendencia central (media, mediana y moda), frecuencias y porcentajes en el programa SPSS versión 25.

Consideraciones éticas y legales

Esta investigación se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014). En este proyecto deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (artículo 13) y se ajustará a los principios científicos y éticos (artículo 14, fracción I).

Además, este proyecto contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o de su representante legal (artículo 14, fracción V).

Igualmente este trabajo fue realizado por profesionales de la salud (artículo 14, fracción VI). Adicionalmente, el protocolo contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación (artículo 14, fracción VII).

Para esta investigación se solicitó la firma de la hoja del consentimiento informado que se refiere al acuerdo por escrito mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá. (Artículo 20).

Para considerar el consentimiento informado existente, el sujeto de investigación, recibió una explicación clara y completa de los aspectos siguientes: la justificación y los objetivos de la investigación; los procedimientos que vayan a usarse y su propósito; las molestias o los riesgos esperados; los beneficios que puedan observarse; los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto; la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio; la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (artículo 21).

Para iniciar la colecta esta investigación contó con la autorización de las autoridades educativas y de salud, además de obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio (artículo 29).

Los datos obtenidos en esta investigación fueron manejados manteniendo la privacidad del individuo identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice (artículos 16 y 112) y durante su publicación se respetará la confidencialidad a que tiene derechos los sujetos de investigación (artículo 120).

Capítulo IV

VI. Resultados

El objetivo de esta investigación fue identificar cuáles son las barreras para la realización de la prueba rápida de antígeno prostático. Se encuestaron a 51 pacientes derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Vasco de Quiroga de Morelia, Michoacán. Los resultados se presentan a continuación.

El objetivo específico uno fue describir a la población participante con base en las variables sociodemográficas y se utilizó estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes, tal como se muestra en la tabla 1, donde se observa que el 45.1% estuvieron comprendidos en rangos de edad de 65 a 70 años de edad, 82.4% fueron residentes de Michoacán, 37.3% fueron casados, 31.4% tenían nivel de escolaridad de preparatoria, 37.3% refirieron ser de religión cristiana, 58.8% manifestaron no tener antecedentes de cancer familiar y 82.4% acudieron durante el turno matutino.

El objetivo específico dos fue describir las barreras para la realización de la prueba de antígeno prostático en adultos mayores y se utilizó estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes, tal como se muestra en la tabla 2, donde se observa que en la pregunta 1 Alguna vez un amigo, familiar o personal del área de la salud le ha sugerido realizarse un examen de antígeno prostático?, 54.9% refirió estar Muy de acuerdo; en la pregunta 2¿Usted tiene miedo de realizarse la prueba de antígeno prostático?, 51% contestó estar Muy de acuerdo.

Tabla 1.
Variables sociodemográficas de adultos mayores

Variable	f	%
Edad		
60-64	16	31.4
65-70	23	45.1
71-75	12	23.5
Lugar de residencia		
Michoacán	42	82.4
Otro Estado	9	17.6
Estado civil		
Casado	19	37.3
Divorciado	11	21.6
Unión libre	3	5.9
Viudo	18	35.3
Escolaridad		
Primaria	1	2
Secundaria	7	13.7
Preparatoria	16	31.4
Licenciatura	14	27.5
Especialidad/Maestría	13	25.5
Religión		
Católico	18	35.3
Cristiano	19	37.3
Testigo de Jehová	2	3.9
Ninguna	9	17.6
Otra	3	5.9
Antecedentes de cáncer		
Sí	21	41.2
No	30	58.8
Turno		
Matutino	42	82.4
Vespertino	9	17.6

Nota. Información obtenida de la cédula de colecta de datos

Tabla 2.

Pregunta 1 ¿Alguna vez un amigo, familiar o personal del área de la salud le ha sugerido realizarse un examen de antígeno prostático?

Respuesta	f	%
Muy de acuerdo	28	54.9
De acuerdo	14	27.5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	5.9
En desacuerdo	3	5.9
Muy en desacuerdo	3	5.9
Total	51	100

Nota. Información obtenida de la cédula de colecta de datos

Tabla 3.

Pregunta 2 ¿Usted tiene miedo de realizarse la prueba de antígeno prostático?

Respuesta	f	%
Muy de acuerdo	26	51
De acuerdo	17	33.3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	9.8
En desacuerdo	1	2.0
Muy en desacuerdo	2	3.9
Total	51	100

Nota. Información obtenida de la cédula de colecta de datos

Tabla 4.

Pregunta 3 ¿Alguna vez consideró importante realizarse un examen de antígeno prostático?

Respuesta	f	%
Muy de acuerdo	25	49.0
De acuerdo	19	37.3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	9.8
En desacuerdo	2	3.9
Muy en desacuerdo	0	0
Total	51	100.0

Nota. Información obtenida de la cédula de colecta de datos

Tabla 5.

Pregunta 4 ¿Considera necesario realizarse un examen anual de próstata?

Respuesta	f	%
Muy de acuerdo	20	39.2
De acuerdo	15	29.4
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15	29.4
En desacuerdo	1	2.0
Muy en desacuerdo	0	0
Total	51	100

Nota. Información obtenida de la cédula de colecta de datos

Tabla 6.

Pregunta 5 ¿Cree que realizarse la prueba de antígeno prostático reduce su masculinidad?

Respuesta	f	%
Muy de acuerdo	12	23.5
De acuerdo	13	25.5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15	29.4
En desacuerdo	8	15.7
Muy en desacuerdo	3	5.9
Total	51	100

Nota. Información obtenida de la cédula de colecta de datos

Tabla 7.

Pregunta 6 ¿Considera no tener tiempo de realizarse la prueba de antígeno prostático?

Respuesta	f	%
Muy de acuerdo	11	21.6
De acuerdo	18	35.3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17	33.3
En desacuerdo	4	7.8
Muy en desacuerdo	1	2.0
TOTAL	51	100

Nota. Información obtenida de la cédula de colecta de datos

Tabla 8.

Pregunta 7 ¿En su casa nunca fue costumbre realizarse una prueba de antígeno prostático anual?

Respuesta	f	%
Muy de acuerdo	9	17.6
De acuerdo	18	35.3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15	29.4
En desacuerdo	7	13.7
Muy en desacuerdo	2	3.9
Total	51	100

Nota. Información obtenida de la cédula de colecta de datos

Tabla 9.

Pregunta 8 ¿Se ha arrepentido de realizarse la prueba de antígeno prostático a unos minutos de ser realizada?

Respuesta	f	%
Muy de acuerdo	9	17.6
De acuerdo	17	33.3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21	41.2
En desacuerdo	3	5.9
Muy en desacuerdo	1	2.0
Total	51	100.0

Nota. Información obtenida de la cédula de colecta de datos

Tabla 10.

Pregunta 9 ¿Tiene miedo del resultado obtenido después de realizada la prueba?

Respuesta	f	%
Muy de acuerdo	13	25.5
De acuerdo	19	37.3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	19.6
En desacuerdo	5	9.8
Muy en desacuerdo	4	7.8
Total	51	100.0

Nota. Información obtenida de la cédula de colecta de datos

Tabla 11.

Pregunta 10 ¿Considera saber todo lo indispensable sobre la prueba de antígeno prostático, para realizárselo?

Respuesta	f	%
Muy de acuerdo	8	15.7
De acuerdo	11	21.6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	19	37.3
En desacuerdo	9	17.6
Muy en desacuerdo	4	7.8
Total	51	100

Nota. Información obtenida de la cédula de colecta de datos

VII. Discusión

El objetivo de esta investigación fue identificar cuáles son las barreras para la realización de la prueba rápida de antígeno prostático. Se encuestaron a 51 pacientes derechohabientes de la clínica de medicina familiar del ISSSTE Vasco de Quiroga de Morelia, Michoacán.

En cuanto a la edad, en esta investigación la media de edad de los participantes fue de 60 y 61 años.

Los resultados de la investigación muestran que los pacientes derechohabientes de la clínica de medicina familiar del ISSSTE Vasco de Quiroga, Morelia, Michoacán que no se han realizado nunca una prueba rápida de antígeno prostático se debe a la barrera principal encontrada la cual fue el desconocimiento o falta de información de cómo se realiza dicha prueba. Ésta barrera también fue relacionada junto con la variable sociodemográfica de la escolaridad siendo el grupo de “Licenciatura” el mayor valor; sin embargo fueron los que respondieron que estaban más informados acerca de cómo se realizaba la prueba.

Por su parte, en relación con 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, diseminar los conocimientos adecuados sobre el examen puede constituirse en una estrategia fundamental para la formación de una actitud positiva en relación con la detección precoz (Paiva, Motta y Griep, 2011).

Estos datos difieren con lo encontrado por Boru, Assefa, Tadesse, Mekonnen y Habte (2016), donde los estudiantes de tercero y cuarto año de una

escuela de enfermería de Etiopía, donde un poco menos de la mitad de los encuestados se perciben como clínicamente competentes.

Aunque desde la perspectiva de las instituciones de salud receptoras, Arriaga, Cruz, Morales y Vicente (2016), la mayoría afirman que el desempeño de los prestadores de servicio social referente al trabajo que realizan es adecuado, aunque menos de la mitad considera muy buena la capacidad para aplicar conocimientos.

Como lo señalan Paiva y colaboradores, (2011), en su estudio realizado; cerca de un tercio de los hombres entrevistados consideró que el examen de próstata afecta la masculinidad. La cuestión subjetiva de la masculinidad, todavía poco discutida puede ser vista como “la posibilidad de admitir debilidad, o sentir que la enfermedad pueda reducir su capacidad de reproducción, o podría colocar en riesgo la invulnerabilidad atribuida al hombre y, consecuentemente, a su masculinidad” (Burack RC & Wood DP Jr. 1999 y Lara M. 2005). Se sabe que el momento del examen de próstata, más exactamente el toque rectal, coloca al hombre en situación incómoda, por lo tanto los profesionales de salud deben considerar los aspectos subjetivos que envuelven el toque rectal en sus discusiones. En esta línea de pensamiento, hay autores (Figueiredo W. 2006, Gomes R, Nascimento EF, Rebello LEFS, Araújo FC. 2008, Lucumí-Cuesta DI, Cabrera- Arana GA. 2005) que profundizan la discusión sobre el toque rectal, considerando también el dolor y el miedo, siendo que ese examen puede suscitar en el hombre al ser tocado en su parte “inferior” y que el toque envuelve penetración y puede estar asociado al dolor y también a la violación. En este sentido, es necesario observar estas preguntas al planificar actividades de rastreo.

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

aspectos sexuales nos remite a la cuestión de la fuerza cultural en las normas de comportamiento de las personas.

En relación a las diversas barreras identificadas, se destacó la ausencia de la solicitud del examen por el médico. Este hecho representa pérdida de oportunidad de prevención para la salud pública, ya que la propuesta busca resaltar una nueva concepción de asistencia a la salud, a través de acciones preventivas e intervención sobre los factores de riesgo y del desarrollo de la promoción y calidad de vida. Propone prioritariamente acciones a ser realizadas con énfasis en actividades educativas, prevención de riesgos y agravios específicos, además de acciones básicas de atención a la salud a los grupos prioritarios en un determinado territorio. Además de eso, ese resultado podría estar asociado al hecho de que muchos hombres no se sienten con el derecho de requerir el examen preventivo durante las consultas médicas. Por lo tanto, oportunidades de detección de una enfermedad cuya prevención es esencial pueden estar siendo perdidas en el servicio de salud, una vez que los hombres que van al mismo salen sin que sea solicitado el examen.

Respecto a la religión se observa que el 37.2% de los encuestados son de religión católica y el 3.9% de ellos son de religión de testigo de Jehová; siendo ésta pregunta sociodemográfica parte de la investigación dando como resultado un valor importante en tablas cruzadas con una pregunta de las variables a evaluar, dando como resultado que varios de los pacientes no se realizan la prueba por costumbre o creencias de acuerdo a su religión.

A pesar de que el 47.05% de los derechohabientes encuestados tienen antecedentes de cáncer en su familia; éstos no se realizan una prueba de detección de cáncer de próstata mediante la prueba rápida de antígeno prostático. Siendo un principal factor de riesgo el antecedente de cáncer y el género masculino, rechazan el realizársela.

VIII. Conclusiones

El objetivo de esta investigación fue identificar cuáles son las barreras para la realización de la prueba rápida de antígeno prostático. Se encuestaron a 51 pacientes derechohabientes de la clínica de medicina familiar del ISSSTE Vasco de Quiroga de Morelia, Michoacán.

Se encontró que 45.1% de los participantes estuvieron comprendidos en rangos de edad de 65 a 70 años de edad, 82.4% fueron residentes de Michoacán, 37.3% fueron casados, 31.4% tenían nivel de escolaridad de preparatoria, 37.3% refirieron ser de religión cristiana, 58.8% manifestaron no tener antecedentes de cancer familiar y 82.4% acudieron durante el turno matutino.

Una de las principales barreras que se encuentran en éste proyecto es la religión. Se realizó una tabla cruzada entre el valor sociodemográfico de religión con el valor de la variable en pregunta 7 (¿En su casa nunca fue costumbre realizarse la prueba de antígeno prostático?), dando como resultado un valor de 19.6% de los pacientes consideraron que estaban de acuerdo en que nunca fue costumbre, mismo porcentaje relacionado con la religión católica. En cambio con pacientes que no profesan ninguna religión, el 5.8% de ellos respondieron que no estaban de acuerdo con que no fuera costumbre, más sin embargo nunca se habían realizado una prueba.

Otra de las barreras capturadas en la investigación fue el miedo, miedo a realizarse la prueba. Esta pregunta de variable “¿Usted tiene miedo de realizarse la prueba de antígeno prostático?” junto con una variable sociodemográfica “¿Existen antecedentes de cáncer en su familia?” dieron como resultado una barrera muy importante.

Son 47.05% de los pacientes encuestados los que tienen antecedentes de cáncer en su familia y aun así reprochan el realizarse la prueba. De la tabla cruzada registrada en los resultados, el 31.3% de los pacientes están muy de

acuerdo en que tienen miedo de realizarse la prueba, mismos que tenían antecedentes de cáncer en su familia. En comparación, el 1.9% de los pacientes encuestados no expreso sentir miedo a realizarse la prueba, más sin embargo era parte del grupo que no tenían antecedentes de cáncer en su familia.

La barrera más importante encontrada en la investigación realizada fue la falta de información de cómo se realiza actualmente la prueba.

La variable sociodemográfica escolaridad fue parte de la evaluación de ésta barrera creyendo que a mayor nivel de escolaridad, habría más conocimiento de la prueba; siendo esto un error.

Se realizó una tabla cruzada entre la variable sociodemográfica de “escolaridad” con la variable “¿Considera saber todo lo indispensable sobre la prueba de antígeno prostático?” a lo cual dio como resultado que el 7.8% con escolaridad a nivel licenciatura contestó que estaban en desacuerdo con saber todo acerca de la prueba y el 9.8% con escolaridad a nivel especialidad/maestría si estaban de acuerdo en considerar saber todo lo indispensable sobre la prueba de antígeno prostático para que les fuera realizado; más sin embargo no daban pie a realizársela anteriormente.

Se logró que 24 (47.05%) de los pacientes encuestados, luego de ser realizada la encuesta, fueran a realizarse la prueba rápida de antígeno prostático. Al haber concluido la encuesta, se le informo al paciente la forma en ser realizada la prueba en la actualidad y la facilidad de ser realizada en la clínica, los pacientes que aceptaban hacerla al momento, se le canalizo con el área encargada de realizar las pruebas.

IX. Sugerencias

Se sugiere, que el personal de salud de la clínica de medicina familiar del ISSSTE Vasco de Quiroga de Morelia Michoacán en seguimiento a la Campaña “Febrero mes de la salud del Hombre” implemente charlas informativas acerca de la detección oportuna del Cáncer de próstata.

A todas las áreas de salud se sugiere implementar una campaña exclusiva para realizar pruebas rápidas de antígeno prostático a los hombres mayores de 40 años de edad. Así como existen las campañas de vacunación que acuden a las escuelas, a las empresas, a los mercados, etc. Se sugiere hacer lo mismo con la detección oportuna de cáncer de próstata mediante un examen anual de prueba de antígeno prostático; acudir a las empresas en general o afiliadas a un seguro (Seguro Popular, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado). Esto facilitando la realización de la prueba y favoreciendo la accesibilidad a ser realizada.

También se sugiere qué, así como se dan charlas de información de cómo tocar las mamas en una mujer, también haya información de cómo se realiza la prueba; siendo la falta de información la principal barrera en los hombres, creyendo que aún es con tacto rectal desconociendo que es tan rápida como una toma de glucosa cotidiana.

X. Referencias bibliográficas

- Barry, M.J. (2015). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/140GER.pdf>
- Berbiglia y Banfield. (2011). La teoría Déficit de autocuidado: Dorrothea Orem punto de partida para calidad de la atención. *Artículo de revisión*. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
- Bill Axelson A. (2014). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/140GER.pdf>
- Burack RC & Wood DP Jr. (1999). Screening for prostate cancer. The challenge of promoting the informed decision making in the absence of definitive evidence of effectiveness. *Med Clin North Am*. 13(83):1423-42 Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000094&pid=S0104-1169201100010001100012&lng=en
- Cáncer de próstata. (2015) *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-prostata>
- Cáncer de próstata primera causa de muerte en hombres de edad avanzada. (2019). *Secretaría de Salud*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/073-cancer-de-prostata-primera-causa-de-muerte-en-hombres-de-edad-avanzada?idiom=es>
- Denham J.W. (2011). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/140GER.pdf> Diagnóstico general de la salud poblacional. *Informe sobre la salud de los mexicanos*.

(2015). Disponible en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME LA SALUD DE LOS MEXICANOS 2015 S.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf)

Expertos regionales discuten enfoques para el tamizaje y detección temprana del cáncer de próstata en las Américas. (2017). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13818:regional-experts-discuss-approaches-for-prostate-cancer-screening-and-early-detection-in-the-americas&Itemid=42459&lang=es

Figueiredo W. (2006). *Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária*. *Ciênc Saúde Colet*. 10(1):105-9. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>

Flores-Espinoza JA, Jiménez-Ríos MA, Espino-Villalobos JL (2011). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/quiasclinicas/140GER.pdf>

García, J.J. (2009). Diseño Metodológico. Disponible en [virtual.funlam.edu.co › files › 2011/08 › DisenoMetodologico.936.docx](http://virtual.funlam.edu.co/files/2011/08/DisenoMetodologico.936.docx)

Halpern JA. (2017). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/quiasclinicas/140GER.pdf>

Hernández, J., Cárdenas, S., Maya, A., Gabriel, J., Negrete, M. y Cervantes, E. (2009). Evaluación de competencias en proceso enfermero durante el servicio social. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 17(1), 3-9. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim091b.pdf>

Jiménez Ríos M.A., Solares Sánchez M., Martínez Cervera P., Aguilar Ponce J.L., Martínez Cedillo J., Hinojosa Gómez J., Rivera Rubí L. y Zamora Moreno J.,

- (2011). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/140GER.pdf>
- Kasivisvanathan V., (2018). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/140GER.pdf>
- Klein E. (2018). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/140GER.pdf>
- Kunath, F. (2015). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/140GER.pdf>
- Lilja H. (2010). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/140GER.pdf>
- Madrid, M. (2014) *Reglamento de la Ley General de Salud En Materia de Investigación para la Salud*. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlqsmis.html>
- Mottet N. (2016). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/140GER.pdf>
- Norma Oficial Mexicana (2017). Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata). Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5507972&fecha=15/12/2017

- Organización Mexicana de la Salud. (2008). *Marco referencial*. Disponible en <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/22398/Capitulo2.pdf>
- Paiva, E., Motta, M.C., y Griep, R. (2011). Barreras en relación a los exámenes de rastreo del cáncer de próstata. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 19 (1), 1-8. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100011&script=sci_abstract&tlng=es
- Parker C. (2015). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/140GER.pdf>
- Programa de Acción: Cáncer de Próstata. Secretaría de salud (2001). *Revista Programa Nacional de Salud, 2001-2006*. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cancer_prostata.pdf
- Real Academia Española. (2005). *Diccionario de Lengua Española*. Disponible en <https://www.wordreference.com/definicion/barrera>
- Recomendaciones de la Sociedad Americana contra el Cáncer para la detección temprana del cáncer de próstata. (2019). *American Cancer Society*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/deteccion-temprana/recomendaciones-de-la-sociedad-americana-contra-el-cancer.html>
- Roach M. (2015). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/140GER.pdf>
- Rodrigues A. (2014). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/140GER.pdf>

- Sillas, D. y Jordán, L. (2011). Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. *Práctica Clínica*. Disponible en <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
- Suardi, N. (2008). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/140GER.pdf>
- Velazquez, C. (2019). Sociedad Española de Oncología Médica. Fundación SEOM. *Cuídate Plus* (2018). Disponible en <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/cancer/cancer-prostata.html#otros-datos>
- Xin L, 2013; Garber K, 2010; Valkenburg KC. (2011). Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Próstata. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*. 289- 1A Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/140GER.pdf>

XI. Anexos



Barreras para la realización de la prueba de antígeno prostático.



Cuestionario

Fecha de aplicación _____

Firma de consentimiento informado _____

Edad _____

Objetivo: Determinar cuáles son las barreras para la realización de la prueba de antígeno prostático en hombres de entre 60-75 años de edad.

Este cuestionario es voluntario y anónimo. Le garantizamos la confidencialidad de sus datos. Este cuestionario solo se utilizara para fines de la investigación.

Instrucciones: Por favor lea cada pregunta cuidadosamente antes de responder, marque con una **X** la respuesta que mejor describa lo que usted considere correcta, elija solo una respuesta por cada pregunta no escriba ni haga marcas en el cuestionario evite respuestas dobles o dejar en blanco.

Si existe alguna duda, inconveniente o sugerencia con respecto al cuestionario a realizar, usted se puede comunicar con su entrevistante (P.L.E.S.S. María Hernández Arreola) al siguiente correo electrónico: maria_h.arreola@hotmail.com

PARTE I Valores sociodemograficos.

1.- Lugar de residencia:

1.- Dentro del estado de Michoacán: Si___ No___

2.- Morelia: Sí___ No___

3.- Fuera del estado de Michoacán: Sí___ No___

2.- Estado civil:

1.- Soltero___ 2.- Casado___ 3.- Divorciado___

4.- Unión libre___ 5.- Viudo___

3.- Escolaridad:

1.- Primaria___ 2.- Secundaria___ 3.- Preparatoria___ 4.- Licenciatura___

5.- Especialidad/Maestría___

4.- Religión:

1.- Católico___ 2.- Cristiano___ 3.- Testigo de Jehová___ 4.- Ninguna___ 5.- Otra___

5.- ¿Existen antecedentes de cáncer de próstata en su familia?

1.- Sí___ 2.- No___

6.- Turno al que asiste a la Clínica de Medicina Familiar Vasco de Quiroga (ISSSTE)

1.- Matutino___ 2.- Vespertino___

PARTE II BARRERAS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBA DE ANTIGENO PROSTATICO

INSTRUCCIONES: Lea correctamente las preguntas y marque con una **X** la respuesta que mejor describa lo que usted considere adecuado a su respuesta. Las opciones de respuesta son las siguientes:

1.- Muy de acuerdo 2.- De acuerdo 3.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4.- En desacuerdo 5.- Muy en desacuerdo

	1	2	3	4	5
1.- ¿Alguna vez un amigo, familiar o personal del área de la salud le ha sugerido realizarse un examen de antígeno prostático?					

2.- ¿Usted tiene miedo de realizarse la prueba de antígeno prostático?					
3.- ¿Alguna vez considero importante realizarse un examen de antígeno prostático?					
4.- ¿Considera necesario realizarse un examen anual de próstata?					
5.- ¿Cree que realizarse la prueba de antígeno prostático reduce su masculinidad?					
6.- ¿Considera no tener tiempo de realizarse la prueba de antígeno prostático?					
7.- ¿En su casa nunca fue costumbre realizarse una prueba de antígeno prostático anual?					
8.- ¿Se ha arrepentido de realizarse la prueba de antígeno prostático a unos minutos de ser realizada?					
9.- ¿Tiene miedo del resultado obtenido después de realizada la prueba?					
10.- ¿Considera saber todo lo indispensable sobre la prueba de antígeno prostático, para realizárselo?					

XII. Apéndices

Apéndice 1 Hoja de Consentimiento informado



Universidad Michoacana de San Nicolás De Hidalgo



Facultad de enfermería

Consentimiento informado

El objetivo de esta investigación es evaluar las barreras que existen para la realización de la prueba de antígeno prostático. Se seleccionó a los participantes por conveniencia, pacientes de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Morelia, Michoacán con rango de edad de 60 a 75 años.

El proceso será estrictamente confidencial, se respetará su dignidad y privacidad acorde a los artículos 13 y 16 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. La participación es estrictamente voluntaria, tiene derecho a retirarse en el momento que usted lo desee durante la investigación, sin ninguna sanción.

Por el medio manifiesto que he sido informado sobre el procedimiento, riesgo y beneficio sobre la investigación a realizar. Por ello doy mi consentimiento a realizar la investigación y ser partícipe de ella.

Firma:

Apéndice 2 Cronograma de Actividades

Actividades	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A
Elección del tema	■	■											
Elaboración de la justificación			■										
Elaboración del planteamiento del problema			■										
Elaboración marco teórico			■										
Elaboración material y métodos			■										
Elaboración consideraciones éticas y legales				■									
Elaboración referencias bibliográficas			■	■									
Apéndices y anexos				■	■								
Análisis y autorización del protocolo por la comisión de investigación y bioética y la institución de salud								■					
Colecta de datos y medición de variables clínicas.						■	■						
Elaboración de base de datos y captura de información.						■	■	■					
Análisis estadístico.								■	■				