



***Tesis para optar por el título de Especialista de
primer grado en Medicina General Integral.***

***Título: Intervención educativa sobre cáncer prostático en
población mayor de 45 años del consultorio 2, Área VI.***

Autor: Dr. Marcos Rumbaut Lagomarcine

Residente de Tercer año de Medicina General Integral.

Tutor: Dra. Dayana Borrell Pérez. Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Asesor: Dra. Yuset Pérez Yanes. Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

2023

RESUMEN:

Fundamento: El cáncer de próstata es una neoplasia hormono-dependiente de importante heterogeneidad. El comportamiento clínico, la respuesta a tratamientos y la supervivencia varían dependiendo de cada paciente. **Objetivo:** Implementar una Intervención Educativa que permita modificar el conocimiento sobre el cáncer de próstata y factores de riesgo modificables en la población masculina mayor de 45 años. **Métodos:** Se realizó un estudio cuasi experimental donde el universo lo constituyó 196 pacientes masculinos mayores de 45 años del consultorio # 2 del policlínico Área VI, Cienfuegos. La muestra intencional fue conformada por 75 pacientes que dieron su consentimiento para participar. **Resultados:** Se determinó que el mayor por ciento (37.3%) de los pacientes presentaron edades entre 50-54 años. La mayoría de los pacientes tenía un nivel de instrucción preuniversitario (42.7%), el 42,7% del total de pacientes tienen unión estable de pareja, un 85.3% son trabajadores. El 6.7% de los pacientes tiene antecedentes familiares de cáncer de próstata, **Conclusiones:** Se logró modificar de manera favorable el conocimiento sobre el cáncer de próstata incrementando el conocimiento adecuado en el 92.0% de la población estudiada, lográndose además modificar factores de riesgo modificables.

Palabras claves: Cáncer Prostático, intervención educativa.

ÍNDICE

Introducción.....	pág.4
Objetivos.....	pág.9
Marco Teórico.....	pág.10
Diseño metodológico.....	pág.17
Operacionalización de las variables.....	pág.23
Análisis y discusión de los resultados.....	pág.26
Conclusiones.....	pág.36
Recomendaciones.....	pág.37
Bibliografías.....	pág.38
Anexos.....	pág.46

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de próstata es una neoplasia hormono-dependiente que constituye la segunda causa de muerte en el hombre a nivel mundial y ocupa el quinto lugar de las causas por esta afección, con un estimado de 330 000 casos nuevos por años en el mundo. Antes de los 50 años esta enfermedad no es frecuente, rara vez se presenta antes de los 45 y su prevalencia se incrementa a partir de la quinta década de la vida.¹

Es una enfermedad que puede ser prevenible y detectable, lo que implica un fuerte compromiso de salud pública, debe ser considerada una verdadera urgencia, sobre todo si se toma en cuenta la pérdida de años por individuo fallecido. En pocas ocasiones se presenta antes de los 40, sin embargo aparece comúnmente a partir de los 50 años y su pico máximo es después de los 65 años.² Los estudios de las condicionantes epidemiológicas, aunque no son conclusivos respecto a la verdadera etiología del cáncer de próstata, aluden a factores de distinta naturaleza que influyen en su emergencia, por ejemplo, la raza. Del mismo modo pueden aumentar las probabilidades de su incidencia y prevalencia los factores ambientales ligados a la exposición a riegos, los económicos relacionados con el acceso a los servicios de salud, los sociales, a menudo asociados con los estilos de vida, los antecedentes de historia familiar, la edad, los virus de transmisión sexual y cambios hormonales endógenos, lo que hace evidente que tanto determinantes biológicos como psicosociales intervienen en el proceso de enfermar.³

La mayor parte de los pacientes con cáncer de próstata (CP) limitado al órgano son asintomáticos. Los síntomas urinarios obstructivos (chorro urinario intermitente o con fuerza reducida, interrupción del mismo) suelen reflejar una enfermedad localmente avanzada, que ha crecido en el cuello de la vejiga o la uretra, aunque estos síntomas no se pueden diferenciar de los provocados por la hipertrofia prostática benigna. Los tumores prostáticos avanzados localmente pueden ser causa de hematuria y hematospermia. Cuando se afectan los ganglios pélvicos regionales puede aparecer edema en las extremidades inferiores o de dolor pélvico o perineal. Las metástasis suelen afectar al hueso, con frecuencia son

asintomáticas o producen un dolor intenso, y causar fracturas patológicas o compresión medular. Algunos enfermos desarrollan metástasis pulmonares, hepáticas, pleurales, peritoneales y del sistema nervioso central.⁴

Para la prevención primaria es necesario la limitación a la exposición a agentes causales o factores de riesgo como el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada: por lo que se recomienda comer al menos 2 ½ tazas de una gran variedad de verduras y frutas (tomates, vegetales crucíferos, soya, frijoles y otras legumbres) o pescado cada día, mantenerse activo y mantener un peso saludable. Los vegetales crucíferos contienen antioxidantes que ayudan a prevenir el daño al ADN y podrían ayudar a reducir el riesgo de cáncer de próstata.⁵

La detección se lleva a cabo principalmente por la prueba en sangre del antígeno prostático específico, llamado PSA o por exploración física de la glándula prostática (tacto rectal). Los resultados sospechosos típicamente dan lugar a la realización de una biopsia.⁶

El tratamiento puede incluir cirugía, radioterapia, quimioterapia, o bien una combinación de todas. La edad y el estado de salud general del afectado, tanto como el alcance de la diseminación, la apariencia de los tejidos examinados al microscopio y la respuesta del cáncer al tratamiento inicial, son vitales en la determinación del resultado terapéutico.⁷

La Organización Mundial de la Salud pronostica que, en los próximos 10 años, si no se emprenden acciones, morirán 84 millones de personas por esta enfermedad.⁸

Según las proyecciones, seguirá aumentando la incidencia a nivel mundial, tal vez por el aumento de la esperanza de vida, la mejora en las técnicas de diagnóstico y la mayor colaboración de la población para el diagnóstico precoz.⁴

El cáncer de próstata es, a nivel mundial, es la sexta causa de muerte por cáncer y la cuarta por cáncer en los hombres con una incidencia y mortalidad marcadamente variable entre los diferentes países. Se prevé que en el 2030 más de 1,6 millones de personas morirán por esta causa debido a los cambios demográficos y a una mayor exposición a los factores de riesgo. Las tasas más altas son observadas en pacientes afro norteamericanos en los Estados Unidos

seguidos del resto de Norteamérica y de los países escandinavos que tienen una tasa de incidencia y mortalidad superior que los países del sur de Europa y de América del Sur. La mortalidad por cáncer prostático es 2 veces más alta en Noruega (24 por 100 000) que en España (13 por 100 000). En Japón y China existe la menor incidencia y mortalidad de cáncer de próstata en el mundo es la principal causa de incidencia de cáncer en los hombres de Centroamérica (26.9 por 100 000) y el Caribe (38.6 por 100 000).⁹

En los países asiáticos y europeos la incidencia y la mortalidad es más baja, tal vez por los hábitos alimentarios.¹⁰

En Cuba, se observa un incremento de la incidencia del Cáncer de Próstata, incluso, en los hombres menores de 40 años de edad.¹¹

Al cierre del 2019 en Cuba se reportaron 3 140 fallecidos por cáncer de próstata lo que representa una tasa de 56,2 por cada 100 000 habitantes. De ellos, 110 tenían menos de 60 años.¹²

El Programa Integral para el Control del Cáncer estructurado en paquetes tecnológicos entre los que se encuentra el de próstata, tiene entre sus propósitos incrementar el diagnóstico en etapas tempranas, reducir la tasa de mortalidad anual en un 2%, incrementar la sobrevida y mejorar la calidad de vida de los pacientes a partir del fortalecimiento de la prevención.¹³

En el Policlínico Universitario “Dr. Ramón Claudio Delgado Amestoy” ha incidido, en los últimos años, negativamente la incidencia de neoplasias malignas y sus factores de riesgo. Nuestra área de salud ha debido enfrentar también las terribles consecuencias de este, teniendo en cuenta que muchos pacientes pudieron recibir los beneficios de una orientación adecuada. En el proceso de dispensarización del año 2019, la neoplasia de próstata resultó la localización más frecuente del cáncer en hombres al contabilizarse en 5 pacientes.

La prevención de la enfermedad, al igual que la promoción de la salud son estrategias de Atención Primaria. Su aplicación permite, según su nivel de intervención, mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo. Acción ejecutada principalmente por los servicios de salud y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestas a factores de riesgo

identificados y asociados a diferentes conductas de los individuos. La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad. Evitar el cáncer de próstata es un trabajo de todos y el punto más importante es la educación, donde se obtiene nuevos conocimientos y modificaciones de conducta, ya que va a permitir detectar la enfermedad en etapa temprana.¹⁴

Problema científico: Como contribuir a modificar los conocimientos sobre el cáncer de próstata y factores de riesgos modificables en población mayor de 45 años del consultorio No 2, Área VI.

Hipótesis: La aplicación de esta intervención educativa en la población masculina mayor de 45 años posibilitará modificar los conocimientos de dicha población sobre el cáncer de próstata y factores de riesgos modificables en aras de prevenir el desarrollo de la misma.

Justificación de la Investigación:

El cáncer es la segunda causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo; considerándose en Cuba un problema de salud por los altos costos, la letalidad y la baja calidad de vida. Su incidencia y mortalidad continúan en aumento, conformando un importante problema de salud pública, en estrecha relación con el aumento de la longevidad poblacional.

En la provincia de Cienfuegos, el Cáncer de Próstata se comportó como la tercera causa de muerte en el año 2019. En nuestra área de salud se contabilizaron en los últimos años 55 pacientes fallecidos por cáncer, de ellos 14 fallecieron por cáncer de próstata que representa el 25.4%, en el año 2019 en el área contamos en estos momentos con 5 pacientes diagnosticados con cáncer y de estos 2 corresponden al consultorio 2 lo que demuestra la baja pesquisa de esta patología. Por tal motivo se hace imprescindible el fortalecimiento de los programas de Atención Primaria de Salud, la participación comunitaria en el cuidado de su propia salud, la institucionalización de programas preventivos y un mayor nivel de cooperación

entre el equipo de salud para la prevención y diagnóstico precoz de esta enfermedad, haciendo énfasis en que la población conozca sobre los factores de riesgos y síntomas precoces, por lo que consideramos necesario intervenir en los principales aspectos relacionados con esta enfermedad. A su vez tienen la contrapartida que esta patología puede ser prevenida o modificada su evolución a través de acciones de promoción o medidas de prevención de bajo costo y alta eficacia.

Objetivos:

General:

Implementar una Intervención Educativa que permita modificar el conocimiento sobre el cáncer de próstata y factores de riesgo modificables en la población masculina mayor de 45 años del consultorio 2, Área VI.

Específicos:

- 1- Caracterizar a la población según variables sociodemográficas y epidemiológicas.
- 2- Identificar los factores de riesgos modificables en las diferentes etapas del estudio.
- 3- Implementar una intervención educativa sobre el cáncer de próstata.
- 4- Evaluar el conocimiento sobre el cáncer de próstata en la población objeto de estudio antes y después de la implementación de intervención educativa.

MARCO TEÓRICO:

Morfofisiología de la próstata:

La próstata se origina como una evaginación epitelial del seno urogenital. Su formación implica interacciones epitelio-mesénquima. Es un órgano que consta de una porción menor glandular y una porción mayor muscular, esta última abarca la porción inicial de la uretra masculina. La glándula desde el punto de vista histológico tiene cuatro zonas distintas: Central, que rodea a los conductos eyaculadores, periférica que es el principal lugar de origen de los tumores malignos, la de transición que, aunque pequeña es el sitio donde se originan la mayoría de los tumores benignos y por último se habla también de una zona fibromuscular anterior. Su principal función es la producción del licor prostático, líquido poco denso, lechoso que contiene antígeno prostático específico (PSA), iones citrato, calcio, fosfato, zinc y magnesio, espermina, fibrinógeno, y enzimas como la fosfatasa ácida y la fibrinolisisina.¹⁵

Etiopatogenia:

El cáncer de próstata inicia por un crecimiento descontrolado de las células prostáticas y la formación de un tumor. Múltiples análisis del genoma humano han identificado varios genes candidatos que probablemente estén asociados al cáncer prostático esporádico o hereditario como los genes que codifican para las proteínas supresoras tumorales Pten y p27, el factor de transcripción Myc, hepsina, etc. Además, se ha demostrado que las células cancerígenas tienen un metabolismo basado en la glicólisis anaeróbica y una lipogénesis alterada que eventualmente les da una ventaja en la supervivencia a las células cancerígenas.¹⁶

Epidemiología:

El Cáncer de Próstata es la neoplasia con mayor frecuencia en hombres alrededor del mundo y representa la segunda causa de muerte por cáncer en esta población en EE. UU. Esta patología presenta una incidencia de 131.5 por cada 100 000 habitantes con una distribución según raza de 123 por cada 100 000 habitantes en la raza blanca y 208 por cada 100 000 habitantes en la raza negra. Se estima que

1 de cada 7 hombres serán diagnosticados a lo largo de su vida con CAP y que 1 de cada 38 hombres morirán como consecuencia de este.¹⁷

Etiología:

Se considera que el cáncer de próstata es una enfermedad multifactorial, en la que participan principalmente factores hormonales, además de los relacionados con la raza, la dieta y una historia familiar de cáncer prostático.

Dentro de la célula prostática, la dihidrotestosteronase liga al receptor de andrógeno y forma un complejo (dihidrotestosterona-receptor androgénico) que interactúa con secuencias específicas de ADN, alterando la regulación celular. El cáncer prostático se origina por el crecimiento clonal de una célula epitelial alterada en su genoma; no obstante, se han identificado múltiples clones malignos dentro de la misma glándula, como consecuencia de la inestabilidad genética de la próstata.¹⁸

Factores de riesgo:

Entre los factores que aumentan el riesgo tenemos:

Dieta: En varones con obesidad se ha observado una asociación con el cáncer de próstata agresivo, se explica por los cambios hormonales causados por la obesidad; estos efectos pueden ser mediados por adipocitoquinas como la leptina y la adiponectina, las concentraciones de leptina están directamente relacionadas con la adiposidad, estimula la proliferación celular y la angiogénesis, y en contra parte, la adiponectina se asocia con una disminución en el riesgo de cáncer. Además, la obesidad está relacionada con el incremento del factor de crecimiento similar a la insulina. En varios estudios se demostró que el cáncer agresivo y potencialmente letal se redujo en los pacientes fumadores que tomaron vitamina E, pero en los pacientes no fumadores el riesgo aumentó. El riesgo aumenta con la ingesta de abundante grasa, como los hidrocarburos aromáticos policíclicos que se forman al cocinar las carnes rojas. Entre los factores protectores, está la ingesta de genisteína que se encuentra en las legumbres y el licopeno que se encuentra en el tomate.

Edad: Los varones de mayor edad tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de alto grado. El cáncer de próstata clínicamente detectable es raro antes de los

40 años, pero desde ese momento la incidencia aumenta con la edad más rápido que el de cualquier otro tipo de cáncer.

Historia Familiar: Los hombres con un familiar de primer grado con cáncer de próstata tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor, y los que tienen dos o más familiares de primer grado afectados tienen un 5 a 11 veces más riesgo en comparación con la población general.

Tabaquismo: Se ha documentado que los fumadores de más de un paquete al día, tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor en comparación con los no fumadores. Hay una relación directa entre el tabaquismo y mayor mortalidad, los pacientes fumadores duplican el riesgo de mortalidad con respecto a los no fumadores.

Etnia: Los varones residentes de Estados Unidos y el Caribe, con ascendencia Africana poseen la mayor incidencia de cáncer de próstata en el mundo. El riesgo es 1,8 veces mayor en comparación de la etnia blanca.

Lesiones pre malignas: Se tiene la neoplasia intraepitelial prostática, que se define como la presencia de células atípicas o displásicas confinadas dentro de la glándula prostática que conservan el revestimiento basal, y se divide en bajo y alto grado. Solo las neoplasias intraepiteliales de alto grado se consideran precursoras de cáncer invasor.

Ocupación: se describen en varias bibliografías que existen distintas ocupaciones que constituyen un riesgo de padecer esta enfermedad de las cuales podemos citar: choferes, trabajadores con fertilizantes, motoristas, personas que se dedican a la elaboración y mantenimiento de muebles entre otros.

Vida sexual activa: se plantean que aquellas personas que tienen una vida sexual activa (promiscua) tiene un mayor riesgo de padecer de cáncer de próstata ya que a su vez están expuestos a ITS que también se han asociado a la aparición de esta entidad.¹⁹

Clínica: Por lo general el cáncer de próstata es de crecimiento lento, y que muchas veces pasa indolente para el paciente, pero en los casos sintomáticos el enfermo puede presentar algunos de los síntomas siguientes:

1. Micción frecuente, especialmente por la noche.
2. Retención urinaria.

3. Ardor o dolor durante la micción.
4. Disminución o interrupción del flujo de orina.
5. Sangre en la orina o en el semen.
6. Eyaculación dolorosa.
7. Frecuente dolor en columna lumbo sacra, espalda o cadera.
8. Dificultad en la erección.

Es considerada una “enfermedad silenciosa”, pues mientras las células se transforman y se incrementan pueden pasar hasta 10 años sin que se presenten síntomas. La verdadera causa del carcinoma prostático se desconoce, pero está bien claro que su crecimiento está influido por las hormonas sexuales. Es común que los síntomas del carcinoma prostático aparezcan en la fase tardía de su evolución y se deben habitualmente a la infiltración local obstructiva, a las metástasis a distancia y a la infección urinaria condicionada por la estasis crónica. La mayoría de los pacientes con esta neoplasia en etapas tempranas son asintomáticos. La presencia de síntomas sugiere enfermedad con avance local o metástasis y estos son: irritativos u obstructivos, afectando sobre todo la micción; esto se debe al crecimiento local del tumor en la uretra o el cuello de la vejiga.¹

Diagnóstico:

Para el diagnóstico de esta enfermedad se realiza un examen físico general que está destinado a detectar la presencia del tumor y su repercusión en el resto del organismo. Se debe hacer hincapié en la columna lumbosacra, la pelvis, el hígado y el pulmón. Para su detección se emplea el tacto rectal y la prueba sérica del antígeno prostático específico (PSA).

El PSA es producido por el epitelio prostático, se encuentra normalmente en el semen y no es más que una proteasa de serina que sirve para separar y licuar el coágulo seminal que se forma tras la eyaculación. En los varones normales solo existe una cantidad mínima de PSA circulando en el suero. Aparecen niveles elevados de PSA en formas localizadas y avanzadas de cáncer de próstata y es actualmente el mejor factor predictivo que se dispone para diagnosticar dicho cáncer. Aunque es un buen marcador tumoral dista bastante de ser el marcador ideal de cribado.

La ecografía transrectal (ETR) puede ayudar al diagnóstico de tumores no palpables y es el método de elección para realizar la biopsia de áreas intraprostáticas sospechosas. Pero, al igual que el tacto rectal y el PSA, la ecografía transrectal tiene también sus limitaciones en términos de un bajo valor predictivo positivo y especificidad. Por tanto, el principal papel de la escala de grises en la ETR es dirigir la biopsia de próstata.

La biopsia de próstata constituye la exploración esencial para el diagnóstico de este cáncer ya que permite la obtención de tejido prostático para su estudio anatomopatológico, que determina la existencia o no de células tumorales y gradación según la escala de Gleason.²⁰

Escala de Gleason:

La puntuación de Gleason es el sistema más utilizado para graduar el adenocarcinoma de próstata. Sólo puede evaluarse en material de biopsia (biopsia con trocar o piezas quirúrgicas) y no deben utilizarse preparaciones citológicas. La puntuación de Gleason es la suma de los dos patrones más frecuentes (grado 1-5) de crecimiento tumoral observados y oscila entre 2 y 10, siendo 2 el menos agresivo y 10 el más agresivo. En la biopsia por punción, se recomienda incluir siempre el peor grado, aunque se encuentre en < 5 % del material de biopsia. Esta puntuación se considera el sistema de clasificación anatomopatológico de elección, ya que toma en cuenta la heterogeneidad morfológica inherente al cáncer de próstata y tiene un valor pronóstico demostrado por numerosos estudios.²¹

El estado clínico se define por la extensión de la enfermedad en función de la exploración física, los estudios radiológicos y el estudio anatomopatológico. El estado T1 es un cáncer no palpable, que se detecta sólo al estudio histológico, en una muestra de resección transuretral por hipertrofia benigna como hallazgo incidental o en una muestra de biopsia obtenida por un incremento de las concentraciones de PSA.

El estado T2 es un tumor palpable que parece limitado a la próstata, mientras que el estado T3 es un tumor que se extiende a través de la cápsula prostática.

Los tumores T4 infiltran las estructuras adyacentes, como el cuello vesical, el esfínter urinario externo, el recto, los músculos elevadores o la pared lateral de la pelvis. Las metástasis ganglionares pueden ser microscópicas y detectarse sólo mediante biopsia o linfadenectomía, pero en ocasiones se reconocen en los estudios de imagen. Las metástasis a distancia afectan principalmente al hueso, pero en ocasiones se producen en las vísceras.²²

Tratamiento:

Cáncer de próstata localizado:

En el tratamiento del cáncer de próstata localizado, se deben tener en cuenta la esperanza de vida estimada del paciente (basada en su edad y sus enfermedades concurrentes) y, en ocasiones, sus preferencias. Los cánceres de bajo riesgo requieren en la mayoría de los casos un tratamiento curativo: prostatectomía, radioterapia externa o braquiterapia. El papel de la vigilancia activa aún está por determinar. Los ultrasonidos focalizados de alta intensidad y los tratamientos focales también están en fase de evaluación.

Tratamientos diferidos:

La vigilancia del cáncer de la próstata localizado tiene como objetivo retrasar e incluso evitar el tratamiento. Existen dos opciones basadas en conceptos diferentes: la abstención-vigilancia y la vigilancia activa.

Abstención-vigilancia:

Se basa en instaurar un tratamiento con fines paliativos en los pacientes sintomáticos (vigilancia con hormonoterapia diferida). Está indicada en los varones con un cáncer T1-T2 que tienen una esperanza de vida inferior a 10 años y un tumor no agresivo. La hormonoterapia se inicia con posterioridad, cuando aparecen síntomas relacionados con la progresión tumoral local y/o general (trastornos miccionales o dolor óseo, por ejemplo). Esta estrategia no es curativa, porque está bien establecido que el efecto de la hormonoterapia consiste en diferir la progresión del tumor, aunque no impide la aparición de un escape hormonal y, por consiguiente, el fallecimiento en última instancia. Esta actitud se justifica porque, si el tumor evoluciona lentamente y el paciente tiene una esperanza de

vida limitada, presenta más riesgo de morir por otra causa (por ejemplo, cardiovascular) que por el propio cáncer.²³

Vigilancia activa:

La búsqueda de cánceres de próstata mediante el uso del antígeno prostático específico(PSA) a gran escala ha aumentado su incidencia. Algunos de estos cánceres de diagnóstico reciente tienen un potencial evolutivo muy bajo y no justifican un tratamiento agresivo. El principio consiste en no tratar de inmediato un cáncer de próstata clínicamente localizado con bajo riesgo de progresión, en pacientes demandantes y que tengan una esperanza de vida superior a 10 años. Al contrario que la abstención vigilancia, la vigilancia activa es una opción confines curativos. Se trata de retrasar el tratamiento, intentando mantenerse en un período de curabilidad. Otro de los métodos empleados como parte de la vigilancia activa lo constituye el ultrasonido prostático que permite desde la Atención Primaria y en conjunto a valores de PSA a un diagnóstico temprano de esta entidad ya que posibilita conocer los detalles anatómicos de la glándula prostática y tejidos adyacentes.²³

DISEÑO METODOLOGICO:

Método: En la siguiente investigación se tomó como escenario el Consultorio No. 2 perteneciente al Policlínico Área VI del municipio de Cienfuegos, en el período de octubre del 2020 hasta abril del 2023.

Tipo de estudio: Intervención educativa con diseño de antes y después de una serie de casos.

Universo: El universo estuvo constituido por 196 adultos con edad mayor de 45 años que pertenecen al consultorio 2 del área VI y la muestra estuvo representada por 75 pacientes siendo seleccionada por muestreo no probabilístico e intencional, teniendo en cuenta criterios de inclusión, exclusión y salida.

Criterios de inclusión:

- 1- Pacientes mayores de 45 años que no presenten afecciones prostáticas diagnosticadas.
- 2- Pacientes que den su consentimiento para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- 1- Personas que tengan algún tipo de discapacidad que pudieran entorpecer su colaboración activa en el estudio de Intervención.
- 2- Personas q sean diagnosticadas con afección prostática en el curso de la investigación.

Criterio de salida:

- 1- Fallecimiento
- 2- Cambio de domicilio
- 3- Decisión propia de abandonar el estudio.

Consideraciones éticas:

Se solicitó el consentimiento informado de forma escrita al director del policlínico Dra. Ana Martínez (anexo 1). Además, se pidió el consentimiento de cada uno de los participantes en el estudio utilizando para ello una carta. (Anexo2)

Metodología:

La intervención se desarrolló en tres etapas: primera etapa para el diagnóstico del conocimiento, así como establecer las características sociodemográficas y epidemiológicas de los sujetos del estudio, la cual se realizó previa a la aplicación del programa, segunda etapa donde se implementó el programa educativo y tercera etapa de evaluación del nivel de conocimiento posterior a la implementación del programa.

Primera etapa: Diagnóstica.

Se tuvo previsto un listado con los nombres, apellidos y direcciones de todos los pacientes que formaron parte del universo, los que asistieron al consultorio previamente citados y se les explicó lo concerniente al estudio y se solicitó el consentimiento de participar (Anexo # 2).

A los que desearon participar se les aplicó el cuestionario y la encuesta (Anexo # 3 y # 4) a través de la cual se obtuvieron los datos sociodemográficos, factores de riesgo modificables y el conocimiento sobre la enfermedad, respectivamente.

Posteriormente se procedió a determinar mediciones antropométricas para la evaluación de su estado nutricional como: talla en metros y peso en kilogramos de la siguiente forma:

Para la determinación del peso se utilizó una balanza bien calibrada. Los pacientes pesados en ropa ligera y sin zapatos. El registro se efectuó en el horario de la mañana previa evacuación de vejiga.

Para la determinación de la talla se utilizó un tallímetro y se colocó al paciente de pie con el cuerpo erguido en máxima extensión y cabeza erecta, ubicándolo de espalda al tallímetro, con la cabeza orientada en plano de Frankfort, los músculos gemelos, glúteos, los omoplatos y la parte posterior de la cabeza en contacto con la barra vertical; los pies en ángulo de 45 °.

- En la valoración de la presencia o no de factores de riesgo modificables como la obesidad y sobrepeso se calculó el Índice de Masa Corporal por la fórmula de Quetelet: ⁽²⁶⁾

$$IMC = \left(\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{talla (m)}^2} \right)$$

Para la ubicación en las categorías de la variable se tuvo en cuenta los siguientes puntos de corte como criterios establecidos:

- a. Bajo peso valores por debajo de 18.49 Kg/m^2
- b. Normo peso/aceptable de 18.5 a 24.9 Kg/m^2
- c. Sobrepesos de 25 a 29.9 Kg/m^2 (se tuvo en cuenta entre los riesgos modificables)
- d. Obesidad $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$ (se tuvo en cuenta entre los riesgos modificables)

Posteriormente se aplicó una encuesta (Anexo # 4) para definir el conocimiento antes de la intervención sobre temas de Cáncer de Próstata. Ambas herramientas diseñadas y validadas en la investigación de Pérez García y colaboradores (2018) los cuales fueron valorados por expertos y utilizados en su estudio en población masculina entre 40 a 60 años en Camagüey. ⁵

El cuestionario se estructuró en dos partes, la primera aborda el conocimiento sobre temas generales del Cáncer de Próstata con 4 preguntas tipo test objetivo y la segunda sobre conocimientos del autocuidado con 7 preguntas de igual diseño. Los pacientes seleccionaron las opciones que consideraron correcta o incorrectas en cada pregunta de forma individual, la misma se aplicó por el autor de la investigación en un tiempo aproximado de diez minutos, este instrumento se aplicó nuevamente al concluir el programa educativo; es decir en la tercera etapa.

Para la calificación del nivel de conocimientos sobre Cáncer de Próstata se tuvo en cuenta los siguientes elementos del conocimiento y la clave de calificación.

1. Conocimiento sobre definición de la Próstata
Conoce: si marca la opción b
Desconoce: si marca las opciones a, c, d
2. Conocimientos sobre los síntomas del Cáncer de Próstata
Conoce: si marca la opción c
Desconoce: si marca las opciones a, b, d
3. Conocimiento sobre los Factores de Riesgo del Cáncer de Próstata
Conoce: si marca la opción b
Desconoce: si marca las opciones a, c, d

4. Conocimientos sobre diagnóstico precoz del Cáncer de Próstata

Conoce: si marca la opción b

Desconoce: si marca las opciones a, c, d

Para la calificación del conocimiento sobre autocuidado se tuvo en cuenta los siguientes elementos del conocimiento y la clave de calificación.

1. Conocimiento sobre consumo de frutas o verduras

Conoce: si marca la opción c.

Desconoce: si marca las opciones a, b, d.

2. Conocimiento sobre frecuencia de control de peso corporal

Conoce: si marca la opción b.

Desconoce: si marca las opciones a, c, d.

3. Conocimiento sobre medidas para controlar el peso corporal

Conoce: si marca la opción c.

Desconoce: si marca las opciones a, b, d.

4. Conocimiento sobre los ejercicios como caminatas, correr, bailar

Conoce: si marca la opción d.

Desconoce: si marca las opciones a, b, c.

5. Conocimiento sobre consumo de cigarrillos

Conoce: si marca la opción c

Desconoce: si marca las opciones a, b, d.

6. Conocimiento sobre bebida alcohólica

Conoce: si marca la opción a.

Desconoce: si marca las opciones b, c, d.

7. Conocimiento sobre chequeos médicos

Conoce: si marca la opción a.

Desconoce: si marca las opciones b, c, d.

Para medir el conocimiento global se dio un valor de 1 punto a cada respuesta correcta (conoce) y 0 punto a cada respuesta incorrecta (desconoce).

Finalmente, para evaluar el conocimiento global se midió de la siguiente forma teniendo en cuenta que la puntuación final fue 11 puntos: La ponderación se realizó de la siguiente forma:

Adecuado: cuando corresponda con el 70 al 100 % de las respuestas correctas para una puntuación entre 6 a 11 puntos respectivamente.

Inadecuado: cuando corresponda con el 0 al 69 % de las respuestas correctas para una puntuación entre 0 a 5 puntos respectivamente.

2da Etapa: Intervención propiamente dicha:

Una vez analizados los resultados se procedió a ejecutar un programa educativo (Anexo 5) a partir de un diseño validado por Pérez García K y colaboradores en su estudio titulado: Intervención educativa sobre cáncer de próstata en población masculina entre 40 a 60 años, realizado en Camagüey en el 2018⁵ con el objetivo de modificar el conocimiento sobre temas de Cáncer prostático en los pacientes participantes.

El programa constó de 5 sesiones y con 6 actividades educativas que fueron impartidas por el autor del estudio y la psicóloga de área de salud en un local del policlínico en horario de la tarde. Nos apoyamos en medios audiovisuales (Laptop, televisores), pancartas informativas, y se conformaron grupos de 20 a 25 pacientes mediante las técnicas educativas: La Charla y la Dinámica grupal. A estos grupos se les brindó información sobre los factores de riesgo y síntomas del cáncer de próstata.

Plan temático

Sesión 1: Introducción al programa educativo.

Sesión 2: Cáncer de próstata. Concepto, síntomas, y signos más frecuentes.

Sesión 3: Factores de riesgo para padecer cáncer de próstata. Identificación.

Sesión 4: Principales exámenes diagnósticos. Tratamiento.

Sesión 5: Importancia de la dieta en el paciente masculino. Evitar la obesidad. Practicar ejercicio físico.

3ra Etapa: Evaluativa:

En esta etapa se evaluó la efectividad de la intervención educativa sobre cáncer de próstata luego de aplicada dicha intervención.

Se procedió de manera similar a evaluar a los 6 meses de aplicada la intervención, la modificación de factores de riesgos (tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad, sedentarismo, sobrepeso) mediante la medición de las mensuraciones antropométricas y la aplicación del cuestionario y la encuesta (Anexo # 3 y # 4) exactamente igual que la primera etapa.

Esta etapa permitió establecer el impacto del programa educativo en relación a la modificación de los factores de riesgo anteriormente relacionados y el conocimiento sobre temas de Cáncer de Próstata que adquirieron los pacientes como efecto o resultado de las labores educativas realizadas.

Operacionalización de las variables:

Variables	Tipo	Escala	Descripción
Edad	Cualitativa nominal politómica	45-49 50-54 55-59 60 y más	Según edad en años cumplidos
Escolaridad	Cualitativa nominal politómica	-Primaria terminada -Secundaria básica -Pre-universitario -Técnico Medio -Universitario	Según estudios cursados y culminados en cada nivel educacional
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	- Soltero - Casado - Divorciado - Viudo - Unión estable	Según estado civil
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	-Trabajador -Jubilado -Desocupado	Según la actividad laboral que desarrolla
Antecedentes patológicos familiares de cáncer de próstata	Cualitativa nominal dicotómica	- Si - No	Según refiere el paciente.
Factores de riesgo modificables	Cualitativa nominal politómica	Obesidad	Índice de masa corporal $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$
		Sedentarismo	No practica ejercicios físicos como caminatas, correr, bailar.
		Tabaco	Si fuma
		Alcohol	Si consume bebidas alcohólicas
		Promiscuidad	Si no tiene pareja estable.

Elementos del conocimiento global sobre cáncer de próstata	Cualitativa nominal dicotómica	▪ Adecuado	Según la ponderación de la encuesta. 11 a 6 puntos
		▪ Inadecuado	5 a 0 puntos
Elementos del conocimiento sobre cáncer de próstata	Cualitativa nominal politómica	- Definición de cáncer de próstata.	Conoce: si marca la opción b Desconoce: si marca las opciones a, c, d
		- Síntomas del cáncer de próstata.	Conoce: si marca la opción b Desconoce: si marca las opciones a, c, d
		- Factores de Riesgo del Cáncer de Próstata	Conoce: si marca la opción b Desconoce: si marca las opciones a, c, d
		- Exámenes para la detección precoz del cáncer de próstata.	Conoce: si marca la opción b Desconoce: si marca las opciones a, c, d
Conocimiento sobre autocuidado	Cualitativa nominal politómica	- Consumo de frutas y verduras.	Conoce: si marca la opción c. Desconoce: si marca las opciones a, b, d.
		- Frecuencia del control del peso corporal.	Conoce: si marca la opción b. Desconoce: si marca las opciones a, c, d.
		- Medidas para controlar el peso corporal.	Conoce: si marca la opción c. Desconoce: si marca las opciones a, b, d.

		- Ejercicios como caminatas, correr, bailar.	Conoce: si marca la opción d. Desconoce: si marca las opciones a, b, c.
		- Consumo de cigarrillos.	Conoce: si marca la opción c Desconoce: si marca las opciones a, b, d.
		- Bebidas alcohólicas.	Conoce: si marca la opción a. Desconoce: si marca las opciones b, c, d.
		- Chequeos médicos.	Conoce: si marca la opción a. Desconoce: si marca las opciones b, c, d.

Técnicas de análisis estadístico:

Se emplearon medidas de carácter cuantitativo, como frecuencias y porcentajes y la tabulación de los datos se realizó en el programa estadístico StatisticalProduct and ServiceSolutions (SPSS), Versión 20.0

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

Tabla 1. Distribución de la población objeto de estudio según características demográficas. Consultorio Médico de la Familia No. 2, Área VI.

Variable	Frecuencia (75)	Porcentaje
Grupo de edad (años)		
45-49	21	28.0
50-54	28	37.3
55-59	15	20.0
60 y más	11	14.7
Nivel de escolaridad		
Primaria Terminada	4	5.3
Secundaria	14	18.7
Preuniversitario	31	41.3
Técnico Medio	20	26.7
Universitario	6	8.0
Estado Civil		
Soltero	14	18.7
Casado	18	24.0
Divorciado	9	12.0
Viudo	2	2.6
Unión estable	32	42.7
Ocupación		
Trabajador	64	85.3
Jubilado	5	6.7
Desocupado	6	8.0

Fuente. Cuestionario, encuesta. (n=75)

El cáncer de próstata es un serio problema de salud en el mundo occidental, es el cáncer más común en hombres, después del cáncer de piel. Se estima que 1 de cada 6 hombres lo desarrollarán en el transcurso de su vida. Ya es conocido y existe suficiente evidencia de que si el cáncer es detectado de forma precoz tiene un efecto positivo en la disminución de la mortalidad, ya que se cuenta con tratamientos efectivos cuando la enfermedad es diagnosticada en etapas tempranas. Por su elevada incidencia y mortalidad la prevención primaria de este cáncer constituye un reto sanitario esto para reducir los impactos personales,

sociales y económicos que conlleva esta patología. Dos tercios de los casos se van a presentar en hombres a partir de los 65 años.²⁴

El nivel educativo conforma un predictor principal en la prevención del cáncer de próstata, es decir que los que tienen un nivel de escolaridad bajo tienen menos posibilidades de acceso a la información, en cambio los que tienen mayor nivel educativo conocen más ampliamente el beneficio de la prevención de cáncer de próstata.¹⁴

En el presente estudio se seleccionó a varones mayores de 45 años, donde el 37.3% tenía entre 50 y 54 años seguido de un 28.0% con 45 a 49 años y un 20.0% con 55 a 59 años. El 41.3 % tenía nivel de instrucción preuniversitario, el 42.7% tenían unión estable de pareja y el 85.3 % trabajan.

A consideración del autor, el nivel de escolaridad constituye un importante elemento a tener en cuenta a la hora de diseñar e implementar actividades educativas en la comunidad pues mientras más elevado sea el mismo mucho más fácil será de introducir y comprender los conocimientos que se quiere transmitir y mejor aplicación de los mismos una vez concluida la intervención educativa.

Cutipa Ale en su estudio, obtuvo que el 43.4% de la muestra tenía entre 50 y 54 años lo cual coincide con los resultados obtenidos en este estudio.²⁵

Resultados similares observan González Morales y colaboradores en un estudio realizado en el Municipio 10 de Octubre donde el 58% de la muestra tenía ese nivel de escolaridad.²⁶

Kelly Kandler observó en su estudio que el 70% de los pacientes estudiados habían alcanzado el nivel de educación secundaria, estos resultados difieren a los obtenidos en este estudio donde el mayor por ciento alcanzó nivel preuniversitario.²⁷

Por otra parte, Almeyda Carrión en su estudio obtuvo que el mayor por ciento de los participantes no tenía pareja lo cual difiere de los resultados obtenidos donde el 40.0 % tenían unión estable.²⁸

En la investigación de González Matos realizada en Holguín en el año 2021, también prevaleció con un 72.5% los trabajadores lo cual coincide con los resultados de este estudio.²⁹

Tabla 2. Distribución de los pacientes según Antecedentes Familiares de Cáncer Prostático. Consultorio médico-2, área-VI.

	Frecuencia (75)	Porcentaje
Antecedentes Patológicos Familiares de Cáncer Prostático	5	6.7

Fuente. Cuestionario.

La predisposición familiar, genética o cromosómica no se conoce certeramente, por lo que se deduce que el cáncer de próstata es una enfermedad genéticamente compleja. A pesar de ello el riesgo de padecer cáncer de próstata se duplica en hombres con un familiar de primer grado afecto, y este riesgo tiende a incrementarse cuanto mayor sea el número de miembros de la familia afectados. El cáncer de próstata que se hereda en una familia, es denominado cáncer de próstata familiar, ocurre aproximadamente el 20 % de las veces. Este tipo de cáncer de próstata se desarrolla debido a una combinación de genes compartidos y factores ambientales o del estilo de vida compartidos. El cáncer de próstata hereditario, producto de mutaciones de genes, se transmite de generación en generación, representa alrededor del 5 % de los casos.²

En el caso de hombres con historia familiar de cáncer de próstata, asociada al reconocimiento de posibles síntomas, y el conocimiento de la enfermedad, podría aumentar la percepción del riesgo personal. Lo anterior influiría en la búsqueda de cuidados médicos, en el autocuidado y en un posible diagnóstico precoz. La historia familiar de cáncer puede tener un papel fundamental en su prevención y debería ser el detonante para la búsqueda de informaciones y la realización de exámenes preventivos.³⁰

En cuanto a los antecedentes familiares de Cáncer Prostático, en la Tabla 2 se muestra que el 6.7 % (5) de los participantes afirmaron tener este antecedente.

El autor refiere que los hombres con antecedentes familiares de cáncer de próstata tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad por lo que deben ser especialmente conscientes de los síntomas y las pruebas de detección. Conocer sobre el cáncer de próstata tomar medidas preventivas puede ayudar a los hombres a proteger su salud y prolongar su vida.

Los resultados obtenidos coinciden con los encontrados por Gómez Padrosa en su estudio donde obtuvo que el 7.5% de los pacientes estudiados tenían antecedentes familiares de cáncer de próstata.³¹

Tabla 3. Distribución de los pacientes según la presencia de factores de riesgo modificables al finalizar la intervención. Consultorio médico-2, área-VI.

Factores de riesgo modificables	Casos al diagnóstico	%	Casos al finalizar	%
Tabaquismo	56	74.7	43	57.3
Sedentarismo	45	60.0	16	21.3
Promiscuidad	5	6.7	2	2.7
Alcohol	8	10.7	3	4.0
Obesidad	7	9.3	6	8.0

Fuente. Cuestionario. (n=75)

El conocimiento de los factores de riesgos juega un rol fundamental en la prevención del Cáncer de Próstata.

El tabaco es la principal causa de cáncer y de muerte por cáncer. La dieta saludable, el consumo moderado de alcohol, el control de peso y la actividad física pueden prevenir un tercio de los cánceres más comunes.³²

En la **tabla 3** se observa la distribución de los pacientes según la presencia de factores de riesgos modificables evaluados al diagnóstico y al finalizar el estudio. Al diagnóstico, del total de pacientes investigados el factor de riesgo que resaltó

fue la presencia de hábito de fumar, presente en el 74.7% de los pacientes estudiados, seguido del sedentarismo presente en el 60.0%, el consumo de bebidas alcohólicas (10.7%), la obesidad (9.3%), y la promiscuidad (6.7%).

Al finalizar el estudio el riesgo mejor modificado fue el sedentarismo, quedando solo 16pacientes de 45 que existían al diagnóstico. Con respecto al hábito de fumar, debemos señalar que solo modificaron este factor de riesgo 13 pacientes. Esto nos hace pensar en que debemos realizar acciones de salud en este grupo de pacientes para lograr modificar este factor de riesgo no solo para el cáncer sino para otras enfermedades.

El autor refiere que la modificación de los factores de riesgo de cáncer de próstata puede reducir significativamente el riesgo de desarrollar la enfermedad. Debemos orientar a los pacientes sobre la importancia de tener una dieta rica en frutas, verduras, mantener un peso saludable, hacer ejercicio físico regularmente y no fumar para prevenir así la aparición de esta enfermedad.

La obesidad, constituye uno de los factores modificables y prevenibles que más se relaciona con el cáncer de próstata y otras patologías oncológicas. En pacientes obesos suele diagnosticarse tardíamente debido a que el exceso de tejido adiposo dificulta la detección del tumor al interferir en la exploración física (dificultad para realizar el tacto rectal) y en la confiabilidad de exámenes de diagnóstico complementarios como el Antígeno Prostático Específico (PSA).³³

El comportamiento sedentario, es decir el tiempo que destinamos a estar sentado, ha sido relacionado con un aumento del riesgo de desarrollar cáncer. La práctica regular de ejercicio, disminuye la grasa corporal, lo que podría reducir la circulación de estrógenos, mejorar la sensibilidad a la insulina y disminuir la circulación del factor de crecimiento de insulina-1 (IGF1), reduciendo así el riesgo de desarrollar algunos tipos de cáncer. También han sido mostrado beneficios de la práctica regular de AF en la reducción del estrés oxidativo. Otro posible mecanismo es la exposición solar, personas que realizan actividad al aire libre tienen mayores niveles de vitamina D, lo que ha sido asociado con menor riesgo de cáncer. El ejercicio moderado puede estimular el sistema inmune innato, aumentando la acción de las células asesinas naturales.³⁴

El tabaco daña el ADN de los órganos que están directa e indirectamente expuestos al humo, acelerando procesos de mutación que influyen en forma significativa en el desarrollo de cáncer. Los efectos destructores que genera el consumo de tabaco son grandes, teniendo en cuenta que provoca daño en casi todos los órganos del cuerpo. Pese a los efectos perjudiciales que ocasiona, se continúa su consumo.³⁵

Los resultados obtenidos son similares a los obtenidos por Anazco Aballe en su estudio donde obtuvo que el 61.5% de los pacientes estudiados eran fumadores.³⁶ Ángeles-Garay y colaboradores, en su estudio refieren que el inicio de la vida sexual tardía (después de los 18 años de edad) y el antecedente de alguna enfermedad de transmisión sexual pueden estar asociados al cáncer de próstata. Por lo tanto, se recomienda que los hombres adultos deberían mantener una vida saludable en dieta y actividad física, con menos parejas sexuales y más actividad sexual monógama.

Tabla 4. Distribución de los pacientes según el nivel de conocimientos al diagnóstico y al finalizar. Consultorio médico-2, área-VI

Nivel de conocimientos	Al diagnóstico		Al finalizar	
	No.	%	No.	%
Adecuado	29	38.7	69	92.0
Inadecuado	46	61.3	6	8.0

Fuente. Encuesta. (n=75)

En la **tabla 4** se observa la distribución de los pacientes mayores de 45 años del consultorio 2 que participaron en el estudio. Antes de la intervención educativa se registró que el 61.3 % tenían un conocimiento global inadecuado sobre los temas de cáncer prostático que fueron indagados con la herramienta aplicada. Posterior a la implementación del programa educativo el 92.0 % de ellos modificaron sus conocimientos de manera adecuada y solo el 8.0% no lograron modificar sus conocimientos.

A consideración del autor, es importante que los pacientes masculinos conozcan sobre el cáncer de próstata porque es uno de los tipos de cáncer más comunes en los hombres y puede ser mortal si no se detecta y trata a tiempo.

Los resultados obtenidos son similares a los encontrados por Guerrero Torresen su estudio, quien reportó que el 93% de los pacientes encuestados posterior a la implementación del programa educativo modificaron sus conocimientos de manera adecuada.³⁸

Estos resultados no coinciden con los reportados por Miranda Ajo en el Policlínico Universitario “Julio Grave De Peralta” de Holguín en el año 2019 ya que el 100% de los pacientes estudiados tenían conocimientos adecuados sobre el cáncer de próstata luego de aplicada la intervención educativa.³⁹

Tabla 5. Distribución de los pacientes según los elementos del conocimiento sobre CP en las etapas del estudio. Consultorio médico-2, área-VI.

Elementos del conocimiento sobre Cáncer de Próstata	Al diagnóstico				Al finalizar			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Definición del Cáncer de Próstata	25	33.3	50	66.7	67	89.3	8	10.7
Síntomas del Cáncer de Próstata	34	45.3	41	54.7	71	94.7	4	5.3
Factores de riesgo del Cáncer de Próstata	27	36.0	48	64.0	59	78.6	16	21.3
Exámenes para la detección precoz del Cáncer de Próstata.	43	57.3	32	42.7	72	96.0	3	4.0

Fuente. Encuesta. n=75

En la **tabla 5** se observa que el conocimiento al diagnóstico sobre los exámenes para la detección precoz del Cáncer de Próstata, fue respondida correctamente en el 57.3% de los hombres encuestados, seguida por síntomas del Cáncer de Próstata, donde el 45.3% respondieron correctamente. La pregunta con menos respuestas correctas correspondió a la definición del Cáncer de Próstata donde solamente 33.3% respondieron acertadamente.

Luego de la intervención educativa se modificaron los conocimientos sobre el cáncer de próstata en la población estudiada. La pregunta sobre los exámenes para la detección precoz del Cáncer de Próstata fue respondida correctamente en el 96.0% seguida por la pregunta sobre los síntomas del Cáncer de Próstata, donde el 94.7% respondieron correctamente. La pregunta con menos respuestas correctas correspondió a los factores de riesgo del Cáncer de Próstata donde el 78.6% respondieron acertadamente.

El autor refiere que los pacientes masculinos deben conocer sobre el cáncer de próstata, sus factores de riesgo y los síntomas ya que pueden ser sutiles o no presentarse hasta que la enfermedad esta avanzada. Es importante realizar exámenes regulares, como el examen de antígeno prostático específico (PSA) y el examen rectal digital para detectar tempranamente cualquier alteración.

Hernández Sánchez en una intervención realizada en Holguín en el 2021 reportó que, al comenzar el análisis de la intervención educativa sobre cáncer de próstata, se observó previo a la aplicación, que un 25% de los hombres tenían conocimientos adecuados sobre que es el cáncer de próstata y posterior a la intervención un 64% modificó correctamente sus conocimientos lo cual difiere de los resultados obtenidos en este estudio. Hernández, también obtuvo que, de los participantes, el 96.0% respondió adecuadamente respecto a los síntomas del cáncer de próstata luego de aplicar la intervención educativa. Estos resultados coinciden con los obtenidos en este estudio.⁴⁰

En cuanto a los conocimientos sobre los factores de riesgo y su prevención, los resultados son similares a los reportados por González Matos en su estudio donde el 77.5% de los pacientes encuestados respondieron correctamente luego de aplicada la intervención educativa.²⁹

Pérez García pudo observar que antes de aplicada la intervención educativa, los participantes en el estudio con conocimiento suficiente sobre Exámenes para la detección precoz del Cáncer de Próstata fueron (43,6 %) y posterior a la intervención (92,3 %), resultados que son similares a los obtenidos en este estudio.⁵

Tabla 6. Distribución de los pacientes según los elementos del conocimiento sobre autocuidado en las etapas del estudio. Consultorio médico-2, área-VI.

Elementos del conocimiento sobre AUTOCUIDADO	Al diagnóstico				Al finalizar			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Consumo de frutas y verduras	28	37.3	47	62.7	72	96.0	3	4.0
Frecuencia del control del peso corporal	26	34.7	47	65.3	66	88.0	9	12.0
Consumo de cigarrillos	25	33.3	50	66.7	70	93.3	5	6.7
Medidas para controlar el peso corporal	27	36.0	48	64.0	65	86.7	10	13.3
Ejercicios como caminatas, correr, bailar	21	28.0	54	72.0	70	93.3	5	6.7
Consumo de bebidas alcohólicas	32	42.7	43	57.3	68	90.7	7	9.3
Periodicidad de chequeos médicos	34	45.3	41	54.7	74	98.7	1	1.3

Fuente. Encuesta. (n=75)

Para la prevención primaria es necesario la limitación a la exposición a agentes causales o factores de riesgo como el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada: por lo que se recomienda comer al menos 2 ½ tazas de una gran variedad de verduras y frutas (tomates, vegetales crucíferos, soya, frijoles y otras legumbres) o pescado cada día, mantenerse activo y mantener un peso saludable. Los vegetales crucíferos contienen antioxidantes que ayudan a prevenir el daño al ADN y podrían ayudar a reducir el riesgo de cáncer de próstata.⁵

En la **tabla 6** se observa que los temas del conocimiento relacionados con el autocuidado y detectados con mayor dificultad al diagnóstico fueron: ejercicios como caminatas, correr, bailar con un 72.0% de respuestas inadecuadas; el consumo de cigarrillos con un 66.7%; control del peso corporal con un 64.0%; consumo de frutas y verduras con 62.7%; consumo de bebidas alcohólicas 57.3% y la periodicidad de chequeos médicos con un 54.7%.

Posterior a la intervención el elemento más asequible en el aprendizaje fue la realización periódica de chequeos médicos donde el (98.7%) respondió adecuadamente; seguido por la importancia del consumo de frutas o verduras (96.0%), los ejercicios como caminatas, correr, bailar y consumo de cigarrillos con (93.3%); consumo de bebidas alcohólicas (90.7%), la frecuencia del peso corporal y las medidas para el control del peso corporal, entre otros como se observa en la tabla de referencia.

A consideración del autor, el conocimiento sobre el autocuidado es importante en la prevención del cáncer de próstata ya que existen ciertos factores de riesgo que pueden aumentar las posibilidades de desarrollar esta enfermedad, como la edad, antecedentes familiares, dieta poco saludable la falta de actividad física. Al cuidar de nuestra salud a través de una dieta equilibrada, ejercicio regular visitas regulares al médico, podemos reducir el riesgo de desarrollar cáncer de próstata. Además, también puede ayudar a detectar la enfermedad en sus etapas iniciales, lo que aumenta las posibilidades de un tratamiento exitoso una recuperación completa.

En el estudio realizado por González Pérez, después de aplicada la Intervención educativa, pudo corroborar que una alta proporción de los participantes conocieron sobre el autocuidado, lo que obedeció a cambios de conductas. Coinciden los resultados obtenidos en este estudio.⁴¹

Los resultados obtenidos también coinciden con los reportados por Sagué Larrea y colaboradores en su estudio realizado en Holguín en el año 2017.⁴²

Conclusiones:

Considerando la importancia de poseer un adecuado conocimiento sobre el Cáncer de Próstata en la población masculina mayor de 45 años, en el CMF 2 del Área VI, del municipio de Cienfuegos, se concluye que se logra incrementar los conocimientos sobre dicha enfermedad y modificar los factores de riesgos en la prevención de la misma.

Recomendaciones:

Dar a conocer los resultados del presente estudio e implementar la intervención educativa en otros consultorios del médico y la enfermera de la familia de nuestra área de salud para actuar de manera oportuna sobre los factores de riesgo modificables y brindar información adecuada a la población masculina sobre esta enfermedad permitiendo así prevención y diagnóstico precoz.

Referencias Bibliográficas:

1. Ruiz López A I, Pérez Mesa JC, Cruz Batista Y, González Lorenzo L E. Actualización sobre cáncer de próstata. ccm [Internet]. 2017 Sep [citado 2020 Jun 17]; 21(3): 876-887. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300021&lng=es.
2. Islas Pérez Laura Ángela, Martínez Reséndiz Jorge Ignacio, Ruiz Hernández Abigail, Ruvalcaba Ledezma Jesús Carlos, Benítez Medina Azucena, Beltran Rodríguez María Guadalupe et al. Epidemiología del cáncer de próstata, sus determinantes y prevención. JONNPR [Internet]. 2020 [citado 2021 Jun 14]; 5(9): 1010-1022. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000901010&lng=es.
3. Reyes Vasconcelos L, Díaz Campos N, Vázquez Llanos A. La construcción social de la masculinidad en la prevención del cáncer de próstata desde la Atención Primaria de Salud. RevHumMed [Internet]. 2020 Abr [citado 2020 Jul 28]; 20(1): 189-205. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202020000100189&lng=es.
4. SavónMoiran Leonardo. Cáncer de próstata: actualización. Rev.inf. cient. [Internet]. 2019 Feb [citado 2021 Jun 14]; 98(1): 117-126. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000100117&lng=es.
5. Pérez García K, Ronquillo Paneca B, Coronel Carbajal C, Abreu Viamontes C. Intervención educativa sobre cáncer de próstata en población masculina entre 40 a 60 años. AMC [Internet]. 2018 Feb [citado 2020 Jun 22]; 22(1): 9-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000100004&lng=es.

6. Fajardo Zapata Á, Jaimes Monroy G. Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años. *rev.fac.med.* [Internet]. 2016[citado 25 Junio 2020]; 64(2): 223-228. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000200007&lng=en
7. Vita Nunes RL, AzoubelAntunes A, Souza Constantin D. Contemporary surgical treatment of benign prostatic hyperplasia. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2017[citado 25 Junio 2020]; 63(8): 711-716. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/Drq539nc7QJNJBy9WDgRf6L/?format=pdf&lang=en>
8. Escalona Veloz R, Estrada Mateo NR. Demostración histoquímica de mucina para el diagnóstico diferencial de las lesiones benignas y malignas de próstata. *MEDISAN* [Internet]. Abr 2017 [citado 26 May 2020]; 21(4): [aprox. 7 p]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n4/san02214.pdf>
9. Martínez González O, Aguilar Lemes A, Arcia García G E, Aguilar Y, Corría Paneque R. Neoplasia de próstata en pacientes mayores de 50 años. *Policlínico Guillermo Gonzáles Polanco. Guisa.* Enero-Abril 2017. *Multimed* [Internet]. 2019 Oct [citado 2020 Jun 23]; 23(5): 1064-1078. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501064&lng=es.
10. López GO, Álvarez CMJ, Saiz M, Lozano D, Rodrigo L. Adherencia a la dieta mediterránea y cáncer de próstata. *Rev. NutrHosp* [Internet]. 2015 Mar [citado 9 Ene 2019]; 31(3):1012-1019. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.3.8286>
11. Cobos VD, Martínez NI. Acción preventiva del cáncer de próstata y colon en los trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados de Holguín. *RevCub Salud Trab* [Internet]. 2015 [citado 20 Mayo 2020];

- 16(1):25-7. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol16_1_15/rst04115.htm
12. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. 2019 [Internet]. La Habana: MINSAP. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2019. [Citado 23 Jul 2020] Disponible en:
<http://files.sld.cu/dne/files/2019/04/Anuario-Electronico-Español-2019-ed-2020.pdf>
13. Sección Independiente de Control del Cáncer. Programa Integral para el Control del Cáncer. Pautas para la gestión de implementación [Internet]. La Habana: SICC; 2017 [citado 2/1/2018]. Disponible en:
<https://docplayer.es/90346965-Programa-integral-para-el-control-del-cancer-pautas-para-la-gestion-de-implementacion.html>
14. Carranza Mondragón E, Terrones López D, Zamora Pérez J J. Conocimientos y actitudes en prevención del cáncer de próstata en varones de 18 a más en un centro de salud de Lima, 2017[Tesis]. Nueva Cajamarca -Perú: Universidad Católica. UCSS; 2019. Disponible en:
http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/691/Carranza_Terrones_Zamora_tesis_bachiller_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Martínez-Villavicencio L, González-Rojas A, Olazábal-Méndez J, Pardo-Yero H. Diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia prostática benigna. **Progaleno**[revista en Internet]. 2018 [citado 2020 Jun 23]; 1(2):[aprox. 14 p.]. Disponible en:
<http://www.revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/25>
16. Ruiz López AI, Pérez Mesa JC, Borrego Chi Y, Cruz Batista Y. Testosterona y antígeno prostático específico en pacientes portadores de carcinoma prostático, provincia Holguín, 2013-2015. CCM [Internet]. 2017 Sep [citado 2021 Oct 21]; 21(3):720-733. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812017000300010&lng=es.

17. Aguagallo Jerez M M. Factores de riesgo del cáncer de próstata en el hospital del Instituto Ecuatoriano de seguridad social de la ciudad de Ambato, en el periodo comprendido entre agosto 2015 a julio 2016 [Tesis]. Ambato-Ecuador: Universidad regional autónoma de Los Andes; 2017. Disponible en: <http://45.238.216.28/bitstream/123456789/5610/1/piuamed017-2017.pdf>
18. Delgado Delgado D. Cáncer de próstata: Etiología, diagnóstico y tratamiento. Rev. Med. de Costa Rica y Centroamérica [Internet]. 2016 [citado 23 Mayo 2020]; LXXIII (620): [aprox. 707 - 710 p.]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/620/art53.pdf>
19. González Rivero M C, Santana Arroyo S. Cáncer de próstata. Salud del Barrio. BMN [Internet]. JULIO 2018 [citado 23 Jun 2020]; 2(4): [aprox. 1-7 p.]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bmn/files/2018/07/salud-del-barrio-julio-2018.pdf>
20. Villanueva Garcia J X. Factores de riesgo en pacientes con cáncer de próstata [Tesis]. Guayaquil –Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/reduq/31514/1/CD-2706-VILLANUEVA%20GARCIA.pdf>
21. Regis L, Planas J, Celma A, de Torres IM, Ferrer R, Morote J. Comportamiento de la testosterona total y libre en suero como predictores del riesgo de cáncer de próstata. Actas UrolEsp [Internet] 2015 [citado 29 Junio 2020]; 39(7):573-581. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S02001217>
22. Xylinas E, Peyromaure M. Urología [Internet], 2012-12-01 [Citado 4 de Junio 2020]; 44 (4): 1-22. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/emc/51-s2.0-S176133101263535X?scrollTo=%23result-18>
23. Martínez Calvo Silvia. Uso y abuso del término percepción de riesgo. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 Sep [citado 2020 Sep 17]; 43(3): 1-7. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300008&lng=es.

24. Vargas Calvo M, Vargas Mena R. Cáncer de próstata y sus nuevos métodos de tamizaje. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 8 de abril de 2023];6(9): e715. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/715>
25. Cutipa Ale YM. Nivel de conocimiento, creencias, actitud y prácticas frente al cáncer de próstata y su prevención en hombres mayores de 40 años residentes en la jurisdicción del centro de salud metropolitano de la ciudad de Tacna, 2019. [Tesis] Perú: Universidad Privada de Tacna, 2019 [Citado 15 septiembre 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/967>
26. González Morales A, Ibarra Sala AM. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del mosquito Aedes aegypti en comunidades del municipio Diez de Octubre, La Habana. Rev Cubana HigEpidemiol [Internet]. Ago 2011 [citado 2 marzo 2023]; 49 (2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032011000200011&lng=es
27. Kelly Kandler KK. Conocimientos, actitudes y prácticas de hombres creole del barrio Beholdeen sobre el cáncer de próstata. Bluefields, RACCS – 2014[Tesis]. Bluefields, Nicaragua: Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense; 2014. Disponible en: <https://repositoriosiidca.csuca.org/Record/RepoURACCAN893>
28. Almeida Carrión JJ. Conocimientos actitudes y prácticas sobre tacto rectal como examen para detección temprana de cáncer de próstata en pacientes del Hospital Santa Rosa Piura - Enero A junio 2019[Tesis]. Piura – Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/7559/1/REP_MEHU_JOEL.ALMEYDA_CONOCIMIENTOS.ACTITUDES.PR%C3%81CTICAS.TACTO.RECTAL.EXAMEN.DETECCI%C3%93N.TEMPRANA.C%C3%81NCER

[ER.PR%C3%93STATA.PACIENTES.HOSPITAL.SANTA.ROSA.PIURA.EN
ERO.JUNIO.2019.pdf](#)

29. González Matos DR. Intervención educativa sobre factores de riesgo del Cáncer de Próstata. CMF#2. 2021[Tesis]. Holguín: Universidad De Ciencias Médicas Holguín; 2021.Disponible en:<https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2280>
30. da Cruz Bertan F, Kern de Castro E. Conductas de autocuidado y salud del hombre: el cáncer de próstata como ejemplo. Summa Psicológica UST [Internet]. 2018 [citado 6 junio 2023]; 15(1): [aprox. 80-89 p.]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1095169?lang=es>
31. Gómez Padrosa R. Intervención educativa sobre nivel de conocimiento de cáncer de próstata. “Los Ajíes”. 2020[Tesis]. Holguín: Universidad De Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello” Holguín; 2021.Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=1729>
32. Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Ginés-Díaz Y, Melús-Palazón E. Grupos de Expertos de Cáncer del PAPPS. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Actualización PAPPS 2020. Atención Primaria [Internet]. 2020 [citado 2021 Oct 19]; 52(S2):44-69. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021-2656720302821>
33. Cedeño Yera Y, Fonseca González R L, Cedeño Yera ED. Impacto de la obesidad en la agresividad del cáncer de próstata. Multimed [Internet]. 2021 Jun [citado 2023 Abril 10]; 25(3): e2317. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000300007&lng=es.
34. Parra-Soto So, Martínez-Sanguinetti M A, Cigarroa I, Diaz-Martínez X, Matus-Castillo C, Garrido-Méndez A, et al. ¿Cuál es la asociación entre actividad física, sedentarismo y riesgo de desarrollar cáncer en población adulta? Una revisión de la literatura. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2021 Abr [citado 2023 Abril 10; 48(2): 245-254. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182021000200245&lng=es.

35. Herrera Pamplona K, Cogollo Milanés Z, Alvis Estrada LR. Mortalidad por cáncer asociado al consumo de cigarrillo en el Caribe colombiano, 2009-2013. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2019 Aug [cited 2023 abril 10]; 37(2): 116-124. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2019000200116&lng=en.
36. Anazco Aballe L. Intervención educativa sobre el cáncer de próstata. CMFNo.19. Antonio Maceo.2018-2020. [Tesis]. Holguín: Universidad de Ciencias Médicas De Holguín; 2021. Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=1902>
37. Ángeles-Garay U, Sandoval-Sánchez JJ, Sánchez-Martínez LC, AcostaCazares B, Ruíz-Betancourt BS. Conducta sexual y otros factores de riesgo para cáncer de próstata. Rev. mex. urol. [revista en la Internet]. 2019 Oct [citado 2021 Oct 21]; 79(5):e04. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-40852019000500004&lng=es.
38. Guerrero Torres A. Intervención educativa sobre cáncer de próstata en pacientes del Consultorio 10. Policlínico “Antonio Maceo” Cacocúm. Enero 2018-Diciembre 2018. [Tesis]. Holguín: Universidad De Ciencias Médicas Holguín; 2019.
39. Miranda Ajo I. Intervención educativa sobre Cáncer de próstata en pacientes con factores de riesgo. [Tesis]. Holguín: Universidad De Ciencias Médicas De Holguín; 2019. Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=1394>
40. Hernández Sánchez Y. Intervención Educativa sobre el Cáncer De Próstata. Comunidad Felicia 2 Urbano Noris, 2019. [Tesis]. Holguín: Universidad De Ciencias Médicas De Holguín; 2021. Disponible en: <https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ResourceId=2019>

41. González Pérez AM, Naranjo Hernández Y, Mirabal Requena JC, Álvarez Escobar B. Estratega de autocuidado en los adultos mayores con cáncer de próstata en la comunidad. AMC [Internet]. 2019 Ago [citado 2023 Jun 12]; 23(4): 477-486. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000400477&lng=es.
42. Sagué Larrea JI, Franco Camejo L, Doimeadios Rodríguez Z. Propuesta de un plan de acción para reducir la mortalidad por cáncer de próstata en Holguín. CCM [Internet]. Mar 2017 [citado 26 May 2023]; 21(1):[aprox. 8 p]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100018&lng=es

Anexo 1:

Consentimiento Informado Institucional:

Por medio de la presente doy constancia de que se analizó la propuesta de investigación titulada: ***Intervención educativa sobre cáncer prostático en población mayor de 45 años en el consultorio No 2, Área VI***, del autor: ***Dr. Marcos RumbautLagomarciney*** en base a las facultades que se me confieren autorizo a que se asuma la responsabilidad administrativa plena con los recursos humanos y materiales necesarios para su ejecución así como su control administrativo.

Para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con el jefe del proyecto a los ____ días del mes de _____ del 20____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

Anexo 2:

Consentimiento Informado:

Yo: _____

Acepto a participar en la Investigación titulada: ***Intervención educativa sobre cáncer prostático en población mayor de 45 años del consultorio No 2, Área VI*** que tiene como objetivo: Implementar una estrategia de intervención educativa sobre los factores de riesgos modificables y el nivel de conocimiento sobre el cáncer de próstata en la población mayor de 45 años del consultorio # 2 del Área VI.

Esta investigación será llevada a cabo por el Doctor del Consultorio de Familia # 2 del área VI. Se mantendrá en todo momento la ética profesional y el respeto a las personas objeto de estudio y los resultados serán utilizados solamente para esta investigación.

Firma del Paciente.

Firma del investigador.

Anexo 3:

ENCUESTA:

El presente instrumento tiene la finalidad de recolectar datos para una investigación científica, por lo que le agradeceré responder la alternativa que considere conveniente, se le solicita ser veraz en sus respuestas, este documento es anónimo y confidencial.

DATOS GENERALES:

Edad: ____ años

Nivel de escolaridad:

____ Primaria

____ Secundaria

____ Pre-universitario

____ Técnico Medio

____ Universitario

Estado civil:

____ Soltero

____ Casado

____ Divorciado

____ Viudo

____ Unión estable

Ocupación:

____ Trabajador

____ Jubilado

____ Desocupado

Antecedentes familiares de Cáncer de próstata:

Sí _____ No _____

Prácticas de ejercicios físicos:

Sí____ No____

Es usted fumador:

Sí____ No____

Consume bebidas alcohólicas:

Sí____ No____

Peso____ KG Talla____ CM

Mantiene una vida sexual estable:

Sí____ No____

Anexo 4:

Cuestionario:

Nombre y apellidos _____

I- Conocimiento sobre el Cáncer de Próstata

1-La próstata es:

- a) ___un órgano masculino.
- b) ___una glándula que produce líquido seminal que nutre y transporta esperma.
- c) ___un musculo liso.
- d) ___un tejido.

2-Los síntomas del cáncer de próstata son:

- a) ___ aumento del apetito, sueño, dolores musculares y calambres.
- b) ___ dolor de cabeza, insomnio, pérdida de peso.
- c) ___ problemas para orinar, sangre en orina y semen, disfunción eréctil, dolor óseo.
- d) ___ pérdida de apetito, irritabilidad y constipación.

3-Los factores de riesgos más frecuentes del cáncer de próstata son:

- a) ___sexo, estrés, ingestión de frutas y vegetales.
- b) ___edad avanzada, antecedentes patológicos familiares, obesidad, hábitos tóxicos.
- c) ___sedentarismo, anemia, ingestión de proteínas y carbohidratos.
- d) ___práctica de ejercicios físicos, relaciones sexuales protegidas, uso de drogas.

4-De los exámenes a realizar para la detección precoz del cáncer de próstata están:

- a) ___hemograma, resonancia magnética.
- b) ___tacto rectal, Antígeno Prostático Específico (PAS).
- c) ___biopsia, rayos x.
- d) ___rectoscopia, eritrosedimentación.

II. Nivel de conocimiento sobre autocuidado

1-Cuántas frutas y verduras se deben consumir al día:

- a) ___3 unidades.
- b) ___4 unidades.
- c) ___5 unidades.
- d) ___2 unidades.

2-El peso corporal debe controlarse:

- a) ___diariamente.
- b) ___trimestralmente.
- c) ___anualmente.
- d) ___mensualmente.

3-Para mantener un peso adecuado es recomendable:

- a) ___realizar ejercicios físicos una vez por semana y consumir solo frutas.
- b) ___realizar actividad física y consumir alimentos enlatados.
- c) ___balancear los alimentos y realizar ejercicios 3 veces por semana.
- d) ___realizar caminatas todos los días y consumir alimentos procesados.

4-Los ejercicios como caminar, correr, bailar deben realizarse:

- a) ___todos los días durante 45 minutos.
- b) ___diario durante 5 minutos.
- c) ___todos los días durante 3 horas.
- d) ___todos los días durante 25 minutos.

5-El consumo de cigarrillos puede provocar:

- a) ___mejor circulación venosa.

- b) ___eyaculación precoz.
- c) ___inflamación y crecimiento de la próstata.
- d) ___disminución del tamaño de la próstata.

6-El consumo de bebidas alcohólicas con frecuencia:

- a) ___irrita la próstata.
- b) ___provoca disfunción eréctil.
- c) ___mejora el estado de ánimo.
- d) ___favorece el flujo sanguíneo.

7-Los chequeos médicos deben realizarse:

- a) ___cada 6 meses.
- b) ___anual.
- c) ___cada 2 años.
- d) ___cuando estoy enfermo.

Anexo 5:

Programa de intervención educativa sobre cáncer de próstata.

El presente acápite contiene la intervención educativa acerca de cáncer de próstata. El mismo fue elaborado teniendo en cuenta los fundamentos teórico-metodológicos para la elaboración de programas de educación para la salud, adecuados al contexto para el cual se ha diseñado y a las características y necesidades del grupo al que va dirigido. Al asumir estos dos elementos (los requerimientos generales y las condiciones particulares para lo cual ha sido concebido), el programa cuenta de: justificación, objetivos (general y específicos), y plan de intervención. A su vez, este plan está organizado en actividades educativas grupales, para ser desarrolladas directamente con los pacientes y constan de: título, objetivo, contenido, forma organizativa, lugar para el desarrollo de la actividad, tiempo de duración, procedimientos metodológicos, materiales didácticos, y forma de evaluación. Contará con 5 sesiones con una frecuencia semanal.

Justificación: La intervención educativa acerca del cáncer de próstata estuvo influenciada por la necesidad modificar las prácticas y actitudes sobre la detección temprana del cáncer de próstata e incentivar la realización de pruebas diagnósticas de esta enfermedad en los pacientes intervenidos.

El programa que se presenta está concebido para la población masculina del consultorio 2 área VI, dirigido a conocer los factores de riesgo del cáncer de próstata, repercusión social y personal. El mismo se estructura en un conjunto de actividades grupales e individuales, de carácter teórico prácticas, con la utilización de técnicas participativas, y formas de autoevaluación y con evaluación, que

permitan el desarrollo de habilidades y la proyección de formas adecuadas de conducta.

Objetivo General

Brindar información sobre factores de riesgo y síntomas del cáncer de próstata.

Objetivos Específicos

1. Definir cuáles son los factores de riesgo y síntomas del cáncer de próstata.
2. Identificar los medios de detección temprana del cáncer de próstata.

Propósito fundamental: Conocer sobre cuáles son los factores de riesgo y síntomas del cáncer de próstata, con el objetivo de incrementar la realización de los medios de detección temprana del cáncer de próstata

Tiempo de duración del programa: 6 semanas.

Tiempo de duración de las sesiones: 60 minutos.

Lugar para la realización de las actividades educativas: El local donde se desarrolle el programa debe contar con condiciones de amplitud requerida, y contar con los recursos necesarios (, videos, computadora), así como con toda la información en soporte electrónico sobre las temáticas a impartir. Las actividades podrán realizarse en aulas o teatros.

Responsable de las actividades: La autora de la investigación.

Recursos materiales: Videos, diapositivas, material educativo impreso.

Grupo de destino: pacientes mayores de 45 años que queden incluidos dentro de la muestra.

DESARROLLO POR SESIONES DE TRABAJO

PRIMERA SESIÓN.

Actividad educativa No 1.

Título: “INTRODUCCION DEL PROGRAMA”.

Tema 1: Introducción al programa educativo.

Objetivos:

1. Crear un ambiente de desinhibición y confianza que permita la interrelación entre los participantes.
2. Explicar el porqué del título del programa.
3. Motivar sobre la importancia del tema.
4. Presentación de la actividad y de los objetivos y la metodología a seguir.

Procedimiento:

Introducción de la actividad: Presentación del tema, del objetivo que se persigue así como de los contenidos a tratar.

Desarrollo de la actividad:

Se realizará la técnica de presentación “La tela de Araña”. Se pide a los participantes que se coloquen en forma de círculo. El coordinador sujetará una madeja de hilo se presentará, respondiendo a las siguientes preguntas.

1. Nombre y apellidos
2. ¿Qué espera del programa?

Luego se lanzará la madeja al azar a uno de los participantes, sin dejar de sujetar el hilo, y así sucesivamente hasta que todos se hayan presentado y sujeten la porción del hilo que les ha tocado. Al final quedará como una tela de araña, que se colocará en un lugar del aula como símbolo de unión, que representará al grupo participante y sus deseos de alcanzar metas y objetivos comunes.

Se les explicará a los participantes que en cada encuentro existirá un buzón de incógnitas, y que en este se deben depositar todas las inquietudes o novedades encontradas sobre los temas a tratar, el cual se abrirá en la última sesión para, de forma colectiva, dar respuesta a las interrogantes y compartir nuevos criterios.

Se abordará sobre la importancia del programa y se vigilará el desarrollo afectivo de sus participantes, de modo que pueda facilitar en estos la toma de decisiones

personales, y al mismo tiempo se apoyará sus motivaciones, todo lo cual fomentará su desarrollo personal.

Técnica: Participativa.

Materiales: Plegables, pizarrón, madeja de hilo.

Tiempo: 60 minutos

Evaluación:

¿Se sintieron bien en este encuentro?

¿Creen que será fructífero para su aprendizaje?

¿Qué esperas de ti mismo y de los demás?

Se invita a regresar al próximo encuentro.

SEGUNDA SESIÓN.

Actividad educativa No 2.

Título: “APRENDIENDO SOBRE EL CANCER DE PROSTATA”

Tema 2: Cáncer de Próstata: concepto, síntomas y signos más frecuentes.

Objetivos:

General:

Proporcionar a las pacientes sobre la panorámica actual de la epidemiología del Cáncer Prostático

Específicos:

- 1- Propiciar un ambiente adecuado para la mejor comunicación de todas las partes implicadas.
- 2- Mostrar la situación mundial y local del Cáncer de Próstata.
- 3- Explicar los grupos más vulnerables adquirir la enfermedad

Procedimiento: Actividad educativa teórica.

Técnica: Expositiva.

Introducción de la actividad: Presentación del tema, del objetivo que se persigue así como de los contenidos a tratar.

Desarrollo de la actividad:

En este tema se le impartirán a los participantes conocimientos generales actualizados sobre el Cáncer Prostático Se les explicará a quienes afecta más la

enfermedad y por qué, las tasas de incidencia mundial, las tasas en Cuba y en Cienfuegos.

Evaluación:

Al finalizar el tema se realizará una evaluación integradora de forma amena, se colocarán dos ampelógrafos o cartulinas y los participantes escribirán una columna con escala de valores en relación con los grupos más vulnerables adquirir la afección.

Medios de enseñanza: Pizarrón, soporte digital.

Método de enseñanza: Lectura eficiente y lluvia de ideas

Tiempo: 60 minutos.

TERCERA SESION

ACTIVIDAD EDUCATIVA No 3.

Título: “¿Cuáles son los factores riesgo?”

Tema 3: “Factores de riesgo para padecer cáncer de próstata. Identificación”

Objetivo: Capacitar a las pacientes acerca de los principales factores de riesgos para el cáncer de próstata.

Procedimientos: Actividad educativa teórico-práctica.

Técnicas de presentación: Expositiva - participativa.

Introducción de la actividad: Presentación del tema, del objetivo que se persigue, así como de los contenidos a tratar.

Desarrollo de la actividad: La actividad, propiamente dicha, consta de 2 momentos:

Parte teórica: El facilitador expondrá a las pacientes los conocimientos sobre los factores de riesgo. Para ello utilizará el método expositivo y se auxiliará de láminas relativas al contenido.

Ejecutor: el Facilitador.

Parte Práctica: Las pacientes participantes, a partir de los conocimientos recibidos identificarán las principales complicaciones de su enfermedad

Ejecutores: pacientes

Se formarán 3 equipos.

- Trabajo por equipos: Determinarán los principales factores riesgos
- Análisis del trabajo por equipos: Cada equipo presentará los factores de riesgo, se realizará la técnica participativa de lluvia de ideas para darle solución al objetivo propuesto.

Evaluación:

Al finalizar el tema se realizará una evaluación integradora y se expondrá un breve resumen en correspondencia con lo debatido e incitará a los participantes a expresar sus criterios. Se realizará la convocatoria para la próxima sesión.

Medios de enseñanza: Láminas

Método de enseñanza: Debate

Tiempo: 60 minutos.

CUARTA SESION

Actividad educativa No 4

Título: “¿Cuándo estoy enfermo y como me trato?”

Tema 4: Diagnostico. Principales exámenes. Tratamiento

Objetivo: Explicar el diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata.

Procedimiento: Actividad educativa teórico.

Técnicas de presentación: Expositiva

Introducción de la actividad: Presentación del tema, del objetivo que se persigue así como de los contenidos a tratar.

Desarrollo de la actividad: En este tema se explicaran los tratamientos más frecuentes, se mostrarán imágenes de pacientes.

Evaluación: Al finalizar el tema se realizará una evaluación integradora. Se hará énfasis sobre el impacto logrado en los miembros del grupo según las actividades realizadas y, a partir de sus apreciaciones, obtener sugerencias útiles para el mejoramiento del proceso que se sigue.

Medios de enseñanza: Pizarrón, soporte digital.

Método de enseñanza: Debate

Duración: 60 minutos.

QUINTA SESIÓN.

Actividad educativa No 5.

Título: “¿Cómo prevenir el cáncer de próstata?”

Tema 5: Importancia de la dieta en el paciente masculino. Evitar la obesidad. Practicar ejercicio físico.

Objetivos:

1. Explicar la importancia de la dieta así como el cuidado personal de los pacientes
2. Explicar las diferentes formas de ejercicio físico
3. Orientar sobre los medios diagnósticos más usados para detectar la enfermedad.

Procedimiento: Actividad educativa teórico-práctica.

Técnica: Expositiva – participativa

Introducción de la actividad: Presentación del tema, del objetivo que se persigue así como de los contenidos a tratar.

Desarrollo de la actividad: La actividad propiamente dicha consta de 2 momentos:

Parte teórica: El facilitador expondrá a los pacientes conocimientos relacionados con la dieta, y la práctica de ejercicios físicos. Para ello utilizará el método expositivo y se auxiliará de las láminas relativas al contenido.

Ejecutor: el Facilitador.

Parte Práctica: Los pacientes participantes se reunirán en equipos para practicar sobre los hábitos nutricionales

Ejecutores: Pacientes

Posteriormente se formarán 2 equipos de trabajo:

El primer equipo: Mostrara al resto de sus compañeros, a través de imágenes, los diferentes hábitos nutricionales.

El segundo equipo: Determinarán las formas de realizar ejercicios

Evaluación:

Materiales didácticos: Cuestionario.

Se aplicará un cuestionario similar al inicial que indague aspectos relacionados con los factores de riesgo y síntomas de enfermedades prostáticas, que nos permita establecer una comparación de un antes y un después.

Tiempo: 60 minutos

¿Conocieron cuáles son los factores de riesgo del cáncer de próstata?

¿Creen que será fructífero para su aprendizaje?

¿Modificarán los factores de riesgo modificables para prevenir la aparición de la enfermedad?