

# Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín

Knowledge, attitudes, and practices concerning the exams used for early prostate cancer screening among men from two suburbs in Medellín

Juan D. Arbeláez R<sup>1</sup>; Nora A. Montealegre H<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Profesional en gerencia de sistemas de información en salud de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Coordinador de sistemas de información en salud, municipio de Remedios. Correo electrónico:juanda9876@gmail.com

<sup>2</sup> Médica, especialista en epidemiología, doctora en salud pública, docente, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín; Antioquia. Correo electrónico: namh@saludpublica.udea.edu.co

Recibido: 21 de Junio de 2012. Aprobado: 11 de Diciembre 2012.

---

Arbeláez JD, Montealegre NA, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30 (3): 300-309.

---

## Resumen

**Objetivo:** identificar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín. **Metodología:** estudio de corte transversal realizado mediante muestreo probabilístico estratificado. Se aplicó una encuesta dirigida de 38 preguntas. En el análisis descriptivo se utilizaron porcentajes; en el bivariado se calculó la razón de prevalencias y el intervalo de confianza al 95 %, con un valor de significancia de  $p < 0,05$ . **Resultados:** se realizaron 83 encuestas en 14 clubes de vida de las comunas dos y cuatro de Medellín. El 68,7 % de los participantes presentaron conocimientos adecuados; el 43,4 %, actitudes adecuadas; y el 38,6 %, prácticas adecuadas. Se observó que la posibilidad

de que los hombres tuvieran actitudes adecuadas con conocimientos adecuados fue de 1,9 veces (IC 95 % = 1,4-2,7) que en los hombres con conocimientos inadecuados. Además, la posibilidad de que los hombres presentaran prácticas adecuadas con actitudes adecuadas fue de 1,8 veces (IC 95 % = 1,2-2,7) que en los hombres con actitudes inadecuadas. **Discusión:** es necesario fortalecer las intervenciones en prevención del cáncer de próstata en los hombres más pobres y vulnerables, los cuales presentan menos posibilidad de contar con conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas.

-----**Palabras clave:** conocimientos, actitudes, práctica en salud, neoplasias de la próstata, tacto rectal, antígeno prostático específico

## Abstract

**Objective:** to identify the knowledge, attitudes, and practices associated with the exams used for early prostate cancer screening among men living in two suburbs in Medellín. **Methodology:** a cross-sectional study conducted using a stratified probability sampling and a guided survey with 38 questions. Percentages were used for the descriptive analysis.

Likewise, the prevalence ratio and the confidence interval at 95% with a significance value of  $p < 0.05$  were calculated in the bivariate analysis. **Results:** eighty-three surveys were conducted in 14 life clubs (social organizations of elderly people) in suburbs 2 and 4 of Medellín. The results showed that 68.7% of participants had adequate knowledge, 43.4 %

an appropriate attitude, and 38.6 % adequate practices. It was observed that men with the adequate knowledge were 1.9 times (IC 95 % = 1.4-2.7) likely to also have an adequate attitude compared to those with inadequate knowledge. Similarly, men with adequate attitude were 1.8 times (IC 95 % = 1.2-2.7) likely to also have adequate practices compared to men with an inadequate attitude. **Discussion:** It is necessary to strengthen

the interventions aiming to prevent prostate cancer among the poorest and most vulnerable men, since they are less likely to have adequate knowledge, attitude, and practices.

-----*Key words:* health knowledge, attitude, practice, prostatic neoplasms, digital rectal examination, prostate specific antigen

## Introducción

En Colombia, el cáncer de próstata es la segunda causa de muerte por cáncer en los hombres, después del cáncer de estómago [1]. En Antioquia, es el tumor maligno más común en el sexo masculino [2].

En Medellín, en el 2006 se presentó una tasa de mortalidad por cáncer de próstata de 16,8/100.000, solo superada por el cáncer de pulmón y de bronquios [3]. Entre el 2002 y el 2006 fue la tercera causa de muerte por cáncer en la población adulta mayor (65 años o más de edad), en la cual se observó un aumento de la tasa de mortalidad que pasó de 20 a 23 muertes por cada 10.000 hombres [4]. En las comunas dos (Santa Cruz) y cuatro (Aranjuez) de la zona nororiental de Medellín se presentaron en el 2006 tasas de 18,1 y 12,0 por 100.000, respectivamente [3].

El cáncer de próstata es el más frecuente del aparato genitourinario del hombre [5], y la edad es el principal factor de riesgo, pues habitualmente no se diagnostica en hombres menores de 50 años; a partir de esta edad, la incidencia y la mortalidad se incrementan exponencialmente [6]. Otros factores de riesgo importantes son el antecedente de cáncer de próstata en familiares de primer grado (padre, hermanos, tíos) y la raza negra [7].

Los factores de riesgo de cáncer tienen mayor incidencia en los grupos con mínima educación y están estrechamente asociados a la posición socioeconómica. Además, los pacientes de las clases sociales más bajas presentan sistemáticamente las menores tasas de supervivencia, en comparación con los de las clases sociales más altas [8].

La ciudad de Medellín presenta un progresivo envejecimiento poblacional [9], a la vez que se incrementan en la población adulta mayor los niveles de pobreza, pues se consideran como personas improductivas, dependientes, con baja autonomía y sin ingresos económicos [10]. En vista de esta situación, la administración municipal ha implementado programas de atención y asistencia para los adultos mayores, como son, por ejemplo, los clubes de vida [11].

La detección temprana del cáncer de próstata en Latinoamérica es muy baja, pues los pacientes por lo general se identifican con la enfermedad avanzada; esporádicamente se realizan campañas de tamización del cáncer de próstata que permitan detectar esta enfermedad en estadios tempranos [12].

Algunas evidencias epidemiológicas y metodológicas para la detección precoz del cáncer de próstata son confusas y no existe a la fecha una forma de prevención primaria, por lo cual el diagnóstico precoz de esta enfermedad es un reto para las ciencias de la salud. En este contexto, exámenes como el antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés: Prostatic Specific Antigen), con una sensibilidad del 84,5 % y una especificidad del 98 %, y el tacto rectal, con sensibilidad del 69 % y especificidad del 92 %, han sido los dos principales métodos empleados en la prevención secundaria [13].

Aunque existe controversia sobre la utilidad del antígeno prostático específico y el tacto rectal como tamización para el cáncer de próstata, y que aún no está claro que la detección precoz tenga un impacto positivo en la supervivencia por esta enfermedad, diferentes organizaciones y guías clínicas consideran que ambos deben ofrecerse rutinariamente a hombres mayores de 50 años con expectativa de vida mayor de 10 años y después de los 45 años, en hombres que pertenecen a grupos de riesgo [14-17].

En Colombia, la Resolución 412 del 2000 incluye, dentro de las actividades relacionadas con la detección temprana del cáncer de próstata, la realización del tacto rectal al menos cada cinco años a hombres mayores de 45 años [18]. El Plan Nacional de Salud pública 2007-2010, no establece metas y estrategias específicas para la detección temprana y control del cáncer de próstata [19]. Por su parte, el Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia 2010-2019, incluye la definición de la norma técnica sobre detección temprana de cáncer de próstata e implementación de guías y protocolos en hombres sintomáticos. Se fija como meta el garantizar el acceso oportuno y de calidad al diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata en el 100% de los casos [20].

La práctica oportuna y periódica del tacto rectal y el antígeno prostático específico no depende únicamente del tipo de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ni del acceso a programas de prevención del cáncer de próstata o del nivel socioeconómico. Además de estos factores, es de suma importancia considerar lo que conocen, creen y opinan los hombres con respecto al cáncer de próstata y exámenes de detección temprana y cuáles prejuicios o tabús tienen al respecto.

Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue identificar conocimientos, actitudes y prácticas acerca de los

exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en hombres adultos con edades entre 50 y 70 años, inscritos en algunos clubes de vida de dos comunas de la zona nororiental del municipio de Medellín.

## Metodología

Se realizó un estudio de corte transversal con fuente de información primaria. Para realizarlo, se solicitó autorización a la unidad integral N.º 1 de Aranjuez de la Secretaría de Bienestar Social del Municipio de Medellín, que entregó una base de datos con información de los clubes de vida adscritos a dicha secretaría, que estuvieran ubicados en las comunas dos y cuatro de la zona nororiental.

Se depuró la base de datos y se adicionaron algunas variables requeridas para el cálculo del tamaño de la muestra y el muestreo. Para ello, se llamó telefónicamente a los representantes legales de los clubes de vida; se logró contactar a 20 clubes en la comuna dos, en los cuales estaban inscritos 89 hombres, y 23 clubes en la comuna cuatro, con 118 hombres inscritos. Se tomaron en cuenta para el estudio 43 clubes de vida para las dos comunas. La población de estudio se conformó con 207 hombres adultos.

Para calcular el tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula para una proporción en poblaciones finitas, con un nivel de confianza  $1 - \alpha = 95\%$ , una población de  $n = 207$  hombres inscritos en los clubes de vida de las comunas dos o cuatro de Medellín, un error del 7% con  $p = 0,406$  ( $n = 160$ , 40,6%), proporción de hombres que presentaron una actitud adecuada sobre la detección temprana del cáncer de próstata en el estudio de referencia [21]. La muestra obtenida fue de 98 hombres, sin remplazos. La unidad de muestreo correspondió a los clubes de vida, seleccionados mediante un muestreo probabilístico estratificado con asignación proporcional.

La muestra se dividió con el promedio de hombres inscritos en los clubes de vida según el sondeo telefónico realizado. Se calcularon 19 clubes de vida en las dos comunas para realizar las encuestas. Según la proporción de clubes de vida por comuna, se asignaron nueve para la comuna dos y diez para la comuna cuatro. Los clubes de vida se seleccionaron aleatoriamente.

Se tomaron como criterios de inclusión: hombres con edades entre los 50 y 70 años, independientemente de que hubieran tenido o no antecedentes de cáncer de próstata; residir en las comunas dos (Santa Cruz) o cuatro (Aranjuez) de la zona nororiental del municipio de Medellín; estar inscritos en los clubes de vida ubicados en dichas zonas. Dentro de los criterios de exclusión se consideraron los hombres menores de 50 y los mayores de 70 años, pues no pertenecían a las edades recomendadas para la tamización de cáncer de próstata en hombres sin factores de riesgo [22], y los hombres que estuvieran

inscritos en los clubes de vida de las comunas dos y cuatro, pero que no residían en dichas comunas.

Se utilizó como instrumento de recolección de la información una encuesta dirigida, compuesta por 38 preguntas, que se construyó con base en otras encuestas de estudios similares [21, 23-24]. El contenido del cuestionario se dividió en cuatro bloques: en el primero se incluyeron variables sociodemográficas; en el segundo se abordaron los conocimientos sobre el cáncer de próstata y los exámenes de detección temprana; el tercer bloque indagó sobre las actitudes asociadas a los exámenes y el último exploró las prácticas del tacto rectal y del antígeno prostático específico. El instrumento definitivo fue revisado por dos expertos para garantizar que se cumpliera la validez de apariencia y de contenido [25], es decir, que el instrumento en apariencia midiera las cualidades deseadas y explorara todos los dominios pertinentes al constructo en estudio.

Se realizó la prueba piloto del instrumento con el fin de validar la calidad y validez de las preguntas con respecto a su comprensión, diligenciamiento, tiempo de respuesta y pertinencia. La prueba correspondió al 10% de los participantes; se aplicó la encuesta a ocho hombres que cumplieran con los criterios de inclusión; se aplicó en cuatro clubes de vida, dos clubes por cada comuna, con la participación del investigador principal.

Para controlar los sesgos, se llevaron a cabo las siguientes estrategias:

- *Sesgo de selección:* se realizó las encuestas a la totalidad de hombres inscritos en los clubes de vida seleccionados en el muestreo y que cumplieran con los criterios de inclusión.
- *Sesgo de información:* la mayoría de las encuestas las realizó el investigador principal y las demás, un encuestador entrenado. Se realizó la prueba piloto y después de esta medición, se le aplicaron ajustes al instrumento. Se revisó el correcto diligenciamiento y digitación en la base de datos de cada encuesta.
- *Sesgo de memoria:* por la avanzada edad de los participantes, el encuestador presentó una adecuada orientación al formular las preguntas.

Con respecto a las variables de confusión, el nivel de escolaridad, estrato socioeconómico e ingresos individuales y familiares, se incluyeron en el análisis univariado y bivariado y se tuvieron en cuenta como parte del perfil individual de los participantes. Los conceptos de conocimiento, actitud y práctica se establecieron a partir de estudios similares [26], como se expone a continuación:

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

- *Actitud*: consiste esencialmente en tener opiniones, sentimientos, predisposiciones y creencias relativamente constantes, dirigidas a un objeto, personas o situaciones; se relaciona con el dominio afectivo-dimensión emocional.
- *Práctica*: es la toma de decisión para ejecutar una acción; se relaciona con los dominios psicomotor, afectivo y cognitivo-dimensión social.

Para el análisis de los datos se clasificaron los conocimientos, actitudes y prácticas en adecuados e inadecuados, de la siguiente forma:

- *Conocimiento adecuado e inadecuado*: los hombres que conocían alguno de los dos exámenes de detección temprana del cáncer de próstata (tacto rectal o antígeno prostático específico) se clasificaron con conocimiento adecuado; por su parte, los que no conocían ninguno de los dos exámenes se clasificaron con conocimiento inadecuado.
- *Actitud adecuada e inadecuada*: las actitudes se estimaron mediante el método de Likert, técnica de escala bipolar que mide tanto el grado positivo como negativo de una proposición o enunciado [27]. Para asignar el nivel de actitud, se utilizó una escala en que a cada enunciado se le asignó un valor, con 5 como el valor más positivo y 1 como el valor más negativo. Se consideró una actitud adecuada la de aquellos participantes que tenían un porcentaje igual o mayor de 70 % y una actitud inadecuada si el porcentaje era menor de 70 %.
- *Práctica adecuada e inadecuada*: aquellos hombres que se habían realizado el examen de próstata hacía exactamente un año o menos se clasificaron con una práctica adecuada; por el contrario, los usuarios que no se habían realizado el examen o se lo habían realizado hacía más de un año se clasificaron con práctica inadecuada.

Los datos se procesaron mediante SPSS, versión 19.0; Epidat, versión 4.0, y Excel 2010. El análisis descriptivo de la información incluyó el cálculo de porcentajes y medidas de posición, dispersión y pruebas de normalidad; para el análisis bivariado se utilizaron tablas de contingencia; se calculó la razón de prevalencia con sus respectivos intervalos de confianza (95 %) y se asumió un valor de significancia de  $p < 0,05$ .

Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia [28], que dicta disposiciones en materia de investigación en salud, este estudio se catalogó como de riesgo mínimo. La participación de los individuos fue voluntaria y se les solicitó que firmaran el consentimiento informado.

## Resultados

La información se recolectó entre noviembre del 2010 y marzo del 2011; se realizaron 83 encuestas, lo que representó el 85 % de la muestra de hombres.

El perfil de la muestra poblacional, con base en las características socio-demográficas (tabla 1) es el siguiente: promedio de edad de 62,6 años ( $\pm 6,5$  años); pertenecientes al estrato dos (63,9 %); nivel de escolaridad de primaria o menos: 72,3 %; casados: 49,4 %; con hijos: 84,3 %; no trabajan: 81,9%; trabajadores familiares sin remuneración: 61,4 %; ingresos mensuales de menos de un salario mínimo legal vigente: 63,8 %; ingresos familiares mensuales de un salario mínimo legal vigente o menos: 48,2 %; y afiliados al régimen subsidiado de salud: 55,4 %.

### Conocimientos sobre el cáncer de próstata y exámenes de detección temprana

En la figura 1 se observa que es mayor la proporción de participantes que han recibido información sobre el

**Tabla 1.** Características socio demográficas de hombres dos comunas de Medellín participantes en el estudio (2011)

| Variables socio-demográficas         | n  | %    |
|--------------------------------------|----|------|
| <b>Estrato socioeconómico</b>        |    |      |
| Uno                                  | 17 | 20,5 |
| Dos                                  | 53 | 63,9 |
| Tres                                 | 13 | 15,7 |
| <b>Nivel de escolaridad</b>          |    |      |
| Primaria o menos                     | 60 | 72,3 |
| Secundaria                           | 21 | 25,3 |
| Técnico y superior                   | 2  | 2,4  |
| <b>Estado civil</b>                  |    |      |
| Soltero                              | 17 | 20,5 |
| Casado                               | 41 | 49,4 |
| Unión libre                          | 3  | 3,6  |
| Separado                             | 6  | 7,2  |
| Viudo                                | 16 | 19,3 |
| <b>Tiene hijos</b>                   |    |      |
| No                                   | 13 | 15,7 |
| Sí                                   | 70 | 84,3 |
| <b>Trabaja actualmente</b>           |    |      |
| No                                   | 68 | 81,9 |
| Sí                                   | 15 | 18,1 |
| <b>Ocupación u oficio</b>            |    |      |
| Empleado                             | 3  | 3,6  |
| Empleador                            | 3  | 3,6  |
| Pensionado                           | 16 | 19,3 |
| Trabajador Independiente             | 10 | 12,0 |
| Trabajador familiar sin remuneración | 51 | 61,4 |

Continuación tabla 1

| <b>Ingresos individuales mensuales</b>           |    |      |
|--|----|------|
| Menos de un SMLV <sup>a</sup>                    | 30 | 36,1 |
| Un SMLV exactamente                              | 14 | 16,9 |
| Más de un SMLV y menos de dos SMLV               | 10 | 12,0 |
| Dos SMLV exactamente                             | 3  | 3,6  |
| Más de dos SMLV                                  | 3  | 3,6  |
| No recibe dinero                                 | 23 | 27,7 |
| <b>Ingresos familiares mensuales</b>             |    |      |
| Menos de un SMLV                                 | 19 | 22,9 |
| Un SMLV exactamente                              | 21 | 25,3 |
| Más de un SMLV y menos de dos SMLV               | 20 | 24,1 |
| Dos SMLV exactamente                             | 5  | 6,0  |
| Más de dos SMLV                                  | 7  | 8,4  |
| No sabe  | 11 | 13,3 |
| <b>Afiliación a la seguridad social en salud</b> |    |      |
| Contributivo                                     | 28 | 33,7 |
| Subsidiado                                       | 46 | 55,4 |
| Excepción  | 2  | 2,4  |
| No asegurado                                     | 7  | 8,4  |

<sup>a</sup> SMLV: salario mínimo legal vigente

cáncer de próstata y exámenes de detección temprana, de los cuales el tacto rectal es el más conocido; además, esos participantes consideran que los exámenes deben realizarse anualmente.

Cerca de la mitad de individuos afirmó que no conocían los signos y síntomas del cáncer de próstata, y un poco menos consideraron que los 40 años era la edad adecuada para empezar a practicarse los exámenes.

Los hombres que dijeron haber recibido información sobre el cáncer de próstata o exámenes de detección temprana identificaron al médico con un 59,6 % (34) como la principal fuente de información y su recomendación sería la principal razón para realizarse los exámenes con un 85,5 % (71). El 67,5 % (56) de participantes no han recibido información sobre la utilidad de los exámenes de detección temprana y los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de próstata. El 68,7 % (IC 95 %: 58,1-79,3) de los participantes presentaron un conocimiento adecuado sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata.

### Actitudes sobre el cáncer de próstata y exámenes de detección temprana

Tal como se presenta en la tabla 2, es mayor la proporción de participantes que coincidieron en reconocer la importancia que tiene prevenir el cáncer de próstata, la realización del tacto rectal y la prueba del antígeno prostático

específico; además, están de acuerdo cuando opinan que los exámenes de detección temprana tienen más ventajas que desventajas y que se deben realizar solo cuando lo recomienda el médico. Del mismo modo, los individuos consideraron que la única forma de sospechar del cáncer de próstata es haciéndose el tacto rectal o el antígeno prostático específico, aunque es mayor el porcentaje que están en desacuerdo en que el tacto rectal puede amenazar su hombría, virilidad o masculinidad. El 34,9 % (29) estuvieron de acuerdo o indecisos sobre esta opinión.

Se encuentra dividida la opinión sobre la realización de los exámenes de próstata solo cuando se tengan síntomas, la realización del tacto rectal por iniciativa propia y la no realización de los exámenes de la próstata por falta de información. El 56,6 % (IC 95 %: 45,4-67,9) de los participantes presentaron una actitud inadecuada sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata.

### Prácticas de los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata

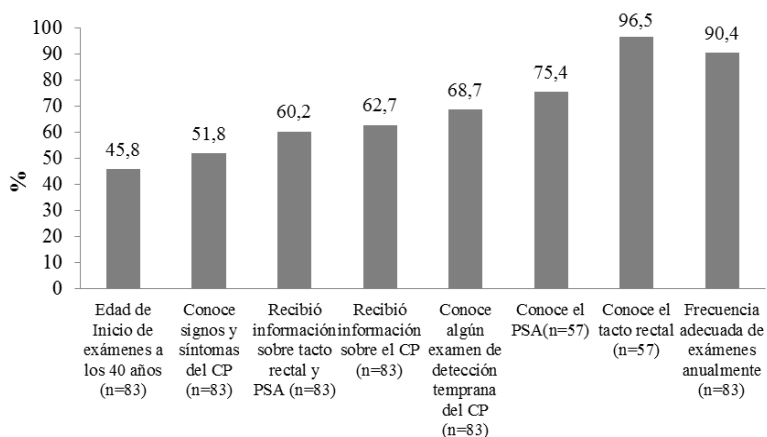
Se muestra en la figura 2, que el 57,8 % (48) de los participantes afirmó haberse practicado alguno de los exámenes de próstata alguna vez, en lo que el tacto rectal y el antígeno prostático específico se realizaron con una frecuencia muy similar. El 66,7 % (32) de los participantes que se realizaron el examen lo hicieron hace un año o menos. La mayoría de los hombres que se realizaron el examen de próstata declararon haber reclamado el resultado del examen.

El principal motivo de realización del examen de próstata fue prevenir el cáncer. El promedio de edad al momento del primer examen de la próstata (tacto rectal o antígeno prostático específico) fue 54 años, con una desviación de 9 años, es decir, entre 45 y 63 años.

Al indagar sobre las razones para nunca haberse realizado el tacto rectal o el antígeno prostático específico, los hombres destacan principalmente la falta de dinero y la desinformación o desconocimiento, seguidos por la incomodidad del examen y por descuido. La mayoría de participantes expresan la intención de realizarse el tacto rectal o el antígeno prostático específico en los próximos 12 meses.

El 61,4 % (IC 95 %: 50,4-72,2) de los participantes presentaron una práctica inadecuada sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata.

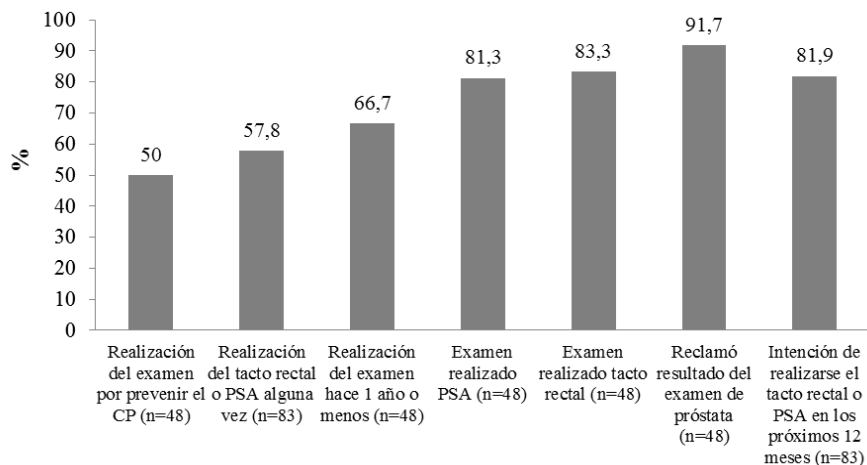
Se observó que la posibilidad de tener actitudes adecuadas en los hombres con conocimientos adecuados fue de 1,9 veces (IC 95 %: 1,4-2,7) que en los hombres con conocimientos inadecuados. Además, la posibilidad de tener prácticas adecuadas en los hombres con actitudes adecuadas fue de 1,8 veces (IC 95 %: 1,2-2,7) que en los hombres con actitudes inadecuadas. Por la prueba exacta de Fisher se encontró asociación entre los conocimientos y las prácticas; y se identificaron más prácticas



**Figura 1.** Conocimientos acerca del cáncer de próstata y exámenes de detección temprana en hombres de dos comunas de Medellín (2011)  
 CP: cáncer de próstata PSA: antígeno prostático específico

**Tabla 2.** Actitudes sobre el cáncer de próstata y exámenes de detección temprana en hombres de dos comunas de Medellín (2011)

| Enunciados   | Indiferente | Importante | Muy importante | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|-------------|------------|----------------|--------------------------|---------------|---------------------------------|------------|-----------------------|
|  | %           | %          | %              | %                        | %             | %                               | %          | %                     |
| Importancia de prevenir el cáncer de próstata  |             | 16,9       | 83,1           |                          |               |                                 |            |                       |
| Importancia de la realización de tacto rectal y del antígeno prostático específico                                     | 1,2         | 36,1       | 62,7           |                          |               |                                 |            |                       |
| Solo me debo realizar el examen de próstata cuando tenga síntomas  |             |            |                | 16,9                     | 32,5          | 1,2                             | 33,7       | 15,7                  |
| Me hago el examen de próstata solo cuando me lo recomienda el medico   |             |            |                | 9,6                      | 24,1          | 2,4                             | 49,4       | 14,5                  |
| Me hago el tacto rectal por iniciativa propia  |             |            |                | 10,8                     | 36,1          | 1,2                             | 33,7       | 18,1                  |
| Pienso que el tacto rectal puede amenazar mi hombría, virilidad o masculinidad   |             |            |                | 21,7                     | 43,4          | 9,6                             | 18,1       | 7,2                   |
| Los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata tienen más ventajas que desventajas                          |             |            |                | 1,2                      | 1,2           | 3,6                             | 57,8       | 36,1                  |
| La única forma de sospechar del cáncer de próstata es haciéndose el tacto rectal y/o el antígeno prostático específico |             |            |                | 1,2                      | 9,6           | 3,6                             | 50,6       | 34,9                  |
| No me hago el tacto rectal o el antígeno prostático específico por falta de información                                |             |            |                | 9,6                      | 36,1          | 10,8                            | 26,5       | 16,9                  |



**Figura 2.** Prácticas de los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín (2011)  
 CP: cáncer de próstata  
 PSA: antígeno prostático específico

adecuadas en los hombres con conocimientos adecuados (tabla 3).

Los hombres con nivel de escolaridad de secundaria presentaron 0,5 veces (IC 95 %: 1,2-1,9) más posibilidad de tener un conocimiento adecuado, 1,3 veces (IC 95 %: 1,4-3,6) más posibilidad de tener una actitud adecuada y 0,9 veces (IC 95 %: 1,1-3,3) más posibilidad de tener prácticas adecuadas, en comparación con los hombres que cursaron estudios primarios o menos.

Los participantes que devengaban ingresos mensuales de un salario mínimo legal vigente exactamente mostraron 1,2 veces (IC 95 % 1,4-3,5) más oportunidad de tener un conocimiento adecuado, 1,6 veces (IC 95 %: 1,3-5,1) más oportunidad de tener actitudes adecuadas y 1,1 veces (IC 95 %: 1,1-4,1) más oportunidad de tener prácticas adecuadas, con respecto a los que no recibían ningún tipo de ingreso.

Según el estrato socioeconómico, los hombres de estrato tres tuvieron 1,4 veces (IC 95 %: 1,2-4,8) más posibilidad de tener conocimientos adecuados y 4,2 veces (IC 95 %: 1,3-20,6) más posibilidad de tener prácticas adecuadas, en comparación con los individuos de estrato uno.

### Discusión

Teniendo en cuenta que el cáncer de próstata se destaca como el de primera localización entre los tumores malignos en el sexo masculino en la ciudad y que no se dispone de estudios que aborden los conocimientos, actitudes y prácticas sobre exámenes de tamización, entonces este estudio puede aportar elementos que pudieran utilizarse para fortalecer los clubes de vida e implementar estrategias orientadas a la prevención del cáncer de próstata. Por otro lado, se busca concientizar a los hom-

**Tabla 3.** Distribución entre los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín (2011)

| Variables           | Actitud     |      |           |      | RP <sup>a</sup><br>(IC 95 %) | P <sup>b</sup> | Prácticas   |      |           |      | RP <sup>a</sup><br>(IC 95 %) | P <sup>b</sup> |
|---------------------|-------------|------|-----------|------|------------------------------|----------------|-------------|------|-----------|------|------------------------------|----------------|
|                     | Inadecuadas |      | Adecuadas |      |                              |                | Inadecuadas |      | Adecuadas |      |                              |                |
|                     | n           | %    | n         | %    |                              |                | n           | %    | n         | %    |                              |                |
| <b>Conocimiento</b> |             |      |           |      |                              |                |             |      |           |      |                              |                |
| Inadecuados         | 22          | 26,5 | 4         | 4,8  | 1,9 (1,4-2,7)                | 0,0007         | 26          | 31,3 | 0         | 0    | -----                        | 0,0000         |
| Adecuados           | 25          | 30,1 | 32        | 38,6 | 1                            |                | 25          | 30,1 | 32        | 38,6 | 1                            |                |
| <b>Actitudes</b>    |             |      |           |      |                              |                |             |      |           |      |                              |                |
| Inadecuadas         |             |      |           |      |                              |                | 36          | 43,4 | 11        | 13,3 | 1,8 (1,2-2,7)                | 0,0015         |
| Adecuadas           |             |      |           |      |                              |                | 15          | 18,1 | 21        | 25,3 | 1                            |                |

<sup>a</sup> Razón de prevalencias

<sup>b</sup> Significativo valor p < 0,05

bres adultos de la ciudad de Medellín sobre el cáncer de próstata como un importante problema de salud pública.

Se identificó que los hombres presentaron bajos niveles de escolaridad, pertenecían a bajos estratos socioeconómicos y devengaban bajos ingresos mensuales tanto individuales como familiares. Arias señaló en el 2009 que las desigualdades sociales en cáncer implican disparidades en la prevención, incidencia, prevalencia, detección y tratamiento, en la carga de cáncer y en sus determinantes asociados; además, las poblaciones socialmente más vulnerables tienen mayor probabilidad de desarrollar cáncer, morir más pronto por la enfermedad y sufrirla sin la oportunidad del cuidado paliativo [29].

En un estudio realizado en Cali [30], los hombres de estratos bajos (uno y dos) se consideraron menos susceptibles a presentar cáncer de próstata, lo que puede estar asociado con una menor posibilidad de percibir acciones efectivas para enfrentar la enfermedad, lo cual se corresponde con la menor información de la que disponen los hombres de estos estratos.

Los hombres que asisten a los clubes de vida destacaron al médico como la principal fuente de información dentro de los servicios de salud y la radio, entre los medios masivos de comunicación. Lucumi y Cabrera señalaron en el 2002 que los hombres que habían recibido información sobre el cáncer de próstata y el tacto rectal identificaron al personal de salud y a los medios de comunicación como las principales fuentes de información [23].

Tomando en cuenta que los hombres consideran al médico como la principal fuente de información y que su recomendación es valorada como la principal razón para realizarse los exámenes de la próstata, resulta necesario fortalecer el papel del médico y de otros integrantes del equipo de salud, con el fin de brindar a los hombres una información más adecuada y comprensible, lo que podría repercutir en el establecimiento de conocimientos adecuados que pueden conllevar a una actitud favorable y, a la vez, conducir a prácticas saludables.

Paiva, Motta y Griep [21] realizaron en Brasil en el 2007 una investigación utilizando el modelo de conocimientos, actitudes y prácticas y obtuvieron resultados muy similares a los de este estudio con respecto a la importancia para los hombres de la prevención del cáncer de próstata y la realización de los exámenes de detección temprana. Similarmente, en los dos estudios se presentaron conocimientos adecuados y actitudes y prácticas inadecuadas. Además, fue mayor la oportunidad de presentar prácticas adecuadas en los hombres con conocimientos o actitudes adecuadas en comparación con los que presentaron conocimientos o actitudes inadecuadas.

Por otra parte, los estudios de tamizaje de cáncer de próstata han generado numerosos debates entre la comunidad científica, principalmente sobre el impacto que pueden tener en la disminución de la mortalidad por esta neoplasia [31]. Dos importantes estudios [32-33] tui-

ron por objeto determinar la eficacia de los exámenes de detección temprana para reducir la mortalidad por cáncer de próstata. El primero se realizó en los Estados Unidos (*Prostate, lung, colorectal and ovary trial*, PLCO) y reportó en sus resultados iniciales que no había diferencias en la mortalidad entre la población estudiada y en la que no se estudió. Los exámenes realizados dieron como resultado más diagnósticos de la enfermedad, pero no menos muertes por cáncer de próstata.

Por su parte, el estudio realizado en Europa (*European randomized study of screening for prostate cancer*, ERSPC) indicó que hay una reducción de la mortalidad cercana al 20 % en el grupo de cribado (hombres examinados) frente al de control. Además, los primeros resultados corroboran la eficacia del cribado del cáncer de próstata con el test del antígeno prostático específico en varones con edades comprendidas entre 50 y 70 años.

Ante el conocido debate sobre la utilidad de los exámenes de detección del cáncer de próstata [34] y los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de próstata [35], Fernández y colaboradores señalaron en el 2005 que las recomendaciones de las sociedades científicas y de grupos de expertos se dirigían a informar a la población masculina de 50 a 70 años sobre las incertidumbres existentes, los riesgos conocidos y los beneficios potenciales de la realización del tamizaje [17]. Se observó que el 67,5 % (56) de participantes no habían recibido información sobre la utilidad controvertida de los exámenes para tamizar el cáncer de próstata ni de los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de próstata. Con base en lo anterior, se observa la necesidad de informar adecuadamente a los hombres sobre los beneficios del tacto rectal y el antígeno prostático específico y los riesgos del sobrediagnóstico y el sobretratamiento [36] que pueden conllevar la realización de estas pruebas.

Con respecto a la actitud sobre el tacto rectal, se destaca que el 25,3 % (21) de los hombres declararon que estaban de acuerdo en que el tacto rectal podía amenazar su hombría, virilidad o masculinidad. Paiva, Motta y Griep mostraron en el 2007 que el 34 % ( $n = 160$ ) de hombres encuestados consideraba que el tacto rectal afectaba la masculinidad [37].

La cultura latinoamericana, basada en un modelo de masculinidad hegemónica, difunde entre los hombres ideas equivocadas con respecto al tacto rectal [38]. Nodal, Rodríguez, Tamayo y Domínguez documentaron en el 2011 que la influencia de los patrones culturales asignados al género masculino ha traído como consecuencia que se hayan asumido determinados prejuicios, tabúes o criterios erróneos y que se considere que la realización del tacto rectal es sinónimo de pérdida de masculinidad, en vez de percibirlo como un método de alto valor predictivo [39].

Se observó que un 42,2 % (35) de los encuestados de las comunas dos y cuatro de Medellín nunca se habían



realizado el tacto rectal o el antígeno prostático específico. En cuanto a las razones para no haberse realizado los exámenes de la próstata se destacó la desinformación o el desconocimiento, lo que coincide con los resultados de una investigación en Santa Rosa de Cabal en el 2010, en la cual los entrevistados enunciaron que la principal barrera que les impide hacerse examinar la próstata es la falta de información clara y suficiente [40].

En una investigación realizada en Barranquilla [41], los sujetos sin información sobre el cáncer de próstata tuvieron riesgo de 2,32 de no tener antecedente de tamizaje para tal enfermedad y en los sujetos que no recibieron información sobre tamizaje para la enfermedad, el riesgo fue de 3,41.

Este estudio presenta limitaciones que deben tenerse en cuenta, pues los resultados aquí expuestos corresponden únicamente a hombres inscritos en los clubes de vida de las comunas dos y cuatro del municipio de Medellín, cuyos resultados no pueden generalizarse hasta los hombres que no asisten a dichos clubes.

## Recomendaciones

- Fortalecer las intervenciones en prevención del cáncer de próstata en los hombres más pobres y vulnerables, los cuales pudieran tener mayores barreras de acceso a los programas de prevención y pueden presentar menos posibilidad de tener conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas respecto de los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata.
- Fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación (IEC) sobre el cáncer de próstata y los exámenes de detección temprana, enmarcadas en un contexto sociocultural en el que se fortalezca el papel del médico como un referente de información para los hombres adultos.

## Referencias

- 1 Instituto Nacional de Cancerología. Cáncer en cifras, mortalidad por cáncer según primeras causas y sexo, Colombia 2000-2009. [Internet]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/contenido/contenido.aspx?catiD=7908pagID=775>. Consulta: 20 de abril de 2011.
- 2 Brome M, Galeano A, Santamaría I, Salas C, Álvarez A. Registro poblacional de cáncer de Antioquia, Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. *Rev epidemiológica de Antioquia* 2006; 28(1):7-22.
- 3 Montoya L, Ochoa F. Epidemiología de la mortalidad por cáncer en Medellín, 2006. *Rev Salud Pública de Medellín* 2008; 3(2):49-66.
- 4 Bustamante LM, Marín SJ, Cardona D. Mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte del adulto mayor en Medellín, 2002-2006. *Rev.Fac.Nac.Salud Pública* 2012; 30 (1): 17-25
- 5 Ministerio de la protección social, Instituto Nacional de Cancerología-E.S.E. El cáncer: aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Bogotá: El ministerio, INC-E.S.E; 2004.
- 6 Ruiz M, Escolar A. La mortalidad por cáncer de próstata en Andalucía: aportaciones al cribado poblacional. *Actas urológicas españolas* 2005; 29(1):41-46.
- 7 Morton RA Jr. Racial differences in adenocarcinoma of the prostate in North American men. *Urology* 1994;44(5):637-645.
- 8 Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión. Washington: OMS; 2004.
- 9 Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Medellín envejece a pasos agigantados. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2004; 22(2): 7-19.
- 10 Alcaldía de Medellín. Plan de Desarrollo Municipal 2008-2011: "Medellín: ciudad solidaria y equitativa". Medellín: La Alcaldía; 2007.
- 11 Alcaldía de Medellín. Decreto 151 de 2002: por medio del cual se determina el funcionamiento de la administración municipal nivel central, la nueva estructura administrativa, se definen las funciones de las dependencias y se dictan otras disposiciones. Medellín: La Alcaldía; 2002.
- 12 Pow-Sang M, Destefano V, Astigueta J, Castillo O, Gaona J, Santaella F. *et al.* Cáncer de próstata en Latinoamérica. *Actas urológicas españolas* 2009; 33(10):1057-1061.
- 13 Ares A, Sainz B, Puertas M, Soto M, Marchena J, Suarez M. Detección precoz del cáncer de próstata. ¿Beneficios de su inclusión en el protocolo de vigilancia de la salud?. *MAPFRE Medicina*. 2007; 18(3):175-179.
- 14 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso. - Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- 15 Graziottin T, Marques J, Da Ros C, Da Silva B, Zelmano A, Pioner G. *et al.* Rastreamento e diagnóstico de câncer de próstata. *Rev da AMRIGS, Porto Alegre* 2009; 53(2):179-183.
- 16 Ministerio de Salud. Guíaclínica cáncer de próstata en personas de 15 años y más. Serie guías clínicas MINSAL N°34, 1ª edición. Santiago: Minsal, 2006.
- 17 Fernández M, Ballester M, Ariza F, Casajuana J. Comprensión de un documento que informa a los ciudadanos sobre los beneficios y los riesgos del cribado para el cáncer de próstata. Estudio mediante entrevistas semiestructuradas. *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81:289-305.
- 18 Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000: por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: El ministerio; 2000.
- 19 Colombia. Ministerio de la protección social. Decreto 3039 de 2007, agosto 10, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Publica 2007-2010. Bogotá: El ministerio; 2007.
- 20 Colombia. Ministerio de la protección social, Instituto Nacional de Cancerología-E.S.E. Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia, 2010-2019. Bogotá: El ministerio, INC-E.S.E; 2010.
- 21 Paiva EP, Motta MCSM, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(1):88-93.

- 22 Colombia.Ministerio de la Protección Social-Universidad Nacional de Colombia.Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Bogotá:El ministerio; 2007.
- 23 Lucumí D, Cabrera G. Creencias de hombres de Cali, Colombia, sobre el examen digital rectal: hallazgos de un estudio exploratorio. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5):1491-1498.
- 24 Vinaccia S, Fernández H, Sierra F, Monsalve M, Quiceno J. Diseño de un cuestionario psicométrico para evaluar creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna. *Suma psicológica* 2007; 14(1):73-92.
- 25 Morales A. Investigación clínica: epidemiología clínica aplicada. Bogotá: CEJA; 2001.
- 26 Marinho L, Costa-jurel M, Cecatti J, Osis M. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev Saúde pública* 2003; 37(5):576-582.
- 27 Blanco N. Una técnica para la medición de actitudes sociales. *Rev de ciencias sociales* 2001; 7(1):45-54.
- 28 Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El ministerio; 1993.
- 29 Arias S. Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2009; 27(3): 341-348.
- 30 Lucumí D, Cabrera G. Creencias sobre examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata: hallazgos cualitativos de un estudio en Cali. *Rev Colombia médica* 2003; 34(3):111-118.
- 31 Barrios Y, Fernandez F, Carvajal I, Rodriguez A. Pesquisa de câncer de próstata em 8 áreas de saúde de la provincia de Santiago de Cuba. *MEDISAN* 2012; 16(3):376-382.
- 32 Andriole GL, Grubb III LB, Buys SS, ChiaD, Church TR, Fouad NN et al for the PLCO Project Team. Mortality Results from a Randomized Prostate- Cancer Cribado Trial. *N Engl J Med* 2009;360(13):1310-1319.
- 33 Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V et al for the ERSPC Investigatorss. Cribado and Prostate-Cancer Mortality in aRandomized European Study. *N Engl J Med* 2009;360(13):1320-1328.
- 34 Morote J. Impacto del cribado del cáncer de próstata sobre la mortalidad. *Actas Urológicas Españolas* 2009; 33(6):619-620
- 35 Novoa M, Cruz C, Rojas L, Wilde K. Efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de próstata localizado en la calidad de vida y el ajuste marital. *Univ Psychol* 2003; 2(2):169-186.
- 36 Valle J, Capapé V, Garcia D. Las consecuencias del sobrediagnóstico y el sobretratamiento en el cáncer de próstata. *Brasília Med* 2011;48(2):175-183.
- 37 Paiva EP, Motta MCSM, Griep RH. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Revista en Internet]. 2011 enero-febrero [Acceso 8 de abril de 2012];19(1). Disponible en: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
- 38 Massulo M, Bitencourt D. Percepção dos pacientes sobre o exame retal digital.*Rev. para.med* 2011; 25(2):1-6.
- 39 Nodal R, Rodríguez M, Tamayo I, Domínguez A. Responsabilidad individual en la detección temprana del cáncer de próstata. *MEDISAN* 2011; 15(7):958-963.
- 40 Muñoz M, Sossa L, Ospina J, Grisales A, Rodríguez J. Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años, Santa Rosa de Cabal, 2010. **Rev.** Hacia la promoción de la salud 2011;16(2):147-161.
- 41 Navarro E., Lechuga J. A., Menoyo G. D., Navarro D. C., Ruiz L. M., Serpa A. M. Factores asociados al no uso de tamizaje para cáncer de próstata en hombres de 40 o más años de los barrios La Paz, La Manga y El Pueblo, del suroccidente de Barranquilla, durante el primer semestre de 2009. *Rev Colomb Cancerol* 2009;13(4):221-225.