

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y BIOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN
MASCULINA ADULTA MENOR DE 75 AÑOS CON ENFERMEDADES
PROSTÁTICAS, QUE FUERON ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL
HOSPITAL MAX PERALTA DE CARTAGO, DURANTE EL AÑO 2015.

Trabajo final de investigación aplicada sometido a consideración de la Comisión del
Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería para optar al grado y título de Maestría
Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.

PEGGY CRAWFORD ARCE

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2019

DEDICATORIA

A mi familia, que ha estado apoyándome incondicionalmente, que son mi soporte y me han animado a continuar adelante.

A mi padre, quien deseó verme concluir este proyecto y actualmente ya no está con nosotros.

Y a todos los que de alguna manera aportaron sus conocimientos y su dedicación para que este trabajo fuera posible.

Peggy Crawford Arce.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por permitirme concluir este proyecto y darme la fuerza para continuar a pesar de las dificultades.

Gracias a mi familia, por su apoyo incondicional durante todo este proceso.

Gracias a la Universidad de Costa Rica por abrirme las puertas para realizar este posgrado.

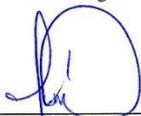
A mi tutor, el Máster Denis Carrillo Díaz, gracias por su paciencia y dedicación.

Un especial agradecimiento al Lic. Felipe Sánchez, que me ayudo a finalizar este trabajo.

Solo quienes han estado a mi lado saben las dificultades que he pasado y lo mucho que anhelado la llegada de este momento.

Peggy Crawford Arce

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Enfermería en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.”



Máster Ana Ibis Campos González
Grado Académico y nombre completo

Representante del Sistema de Estudios de Posgrado



Máster Denis Carrillo Díaz

Profesor Tutor



Máster Randall Rivera Soto

Lector



Máster Laura López Quirós

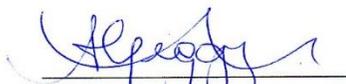
Lector(a)



M.Sc. Yamileth Gutiérrez Obregón

Representante por la Dirección

Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería



Peggy Crawford Arce

Candidata

Table of Contents

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
Lista de Cuadros	ix
Lista de Tablas	ix
Lista de Figuras	xi
CAPÍTULO I: INTRODUCTORIO	1
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	2
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos	10
1.4.1. Objetivo General	10
1.4.2. Objetivos Específicos	10
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	11
2.1. Marco Conceptual	11
2.1.1. La próstata	11
2.1.2. Cáncer de próstata	13
2.1.3. Hiperplasia Prostática Benigna	20
2.2. Marco Teórico	23
2.2.1. Enfoque de género: Masculinidad	23
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	30
3.1. Modalidad de Investigación	30
3.2. Enfoque de Investigación	30
3.3. Tipo y diseño de Investigación	30

3.4. Población	31
3.5 Muestra.....	31
3.5.1 Muestreo	31
3.6 Criterios de inclusión y exclusión.....	32
3.7 Sistema de Variables	33
3.8 Instrumento de recolección de datos	35
3.9 Consideraciones Éticas.....	35
3.10 Análisis de la información.....	36
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	37
4.1. Presentación de los resultados	37
4.1.1. Resultados relacionados con las características sociales	37
4.1.2. Resultados relacionados con las características biológicas	41
4.1.3. Resultados relacionados con la patología prostática	43
4.2. Discusión de los resultados.....	48
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
5.1. Conclusiones	57
5.2. Recomendaciones.....	58
REFERENCIAS	60
ANEXOS.....	65
Anexo 1: Carta de aprobación	65

RESUMEN

Introducción: El propósito de este trabajo fue el de Identificar las características sociales y biológicas de la población masculina menor de 75 años con enfermedades prostáticas que fueron atendidos en el servicio de Urología del Hospital Max Peralta durante el año 2015.

Metodología: Se realizó un estudio con un enfoque cuantitativo, diseño descriptivo. Los datos fueron brindados por el departamento de estadística de Hospital Max Peralta Jiménez de Cartago. La población fue de 240 varones. Se trabajó con un muestreo no probabilístico, con una muestra de 63 expedientes.

Resultados: En relación con las enfermedades prostáticas, los resultados obtenidos reflejan cómo a partir de los 50 años aumenta el riesgo de padecer alguna patología prostática, siendo que más de la mitad de los expedientes analizados corresponden a varones con una edad ubicada en la franja entre los 50 a 59 años. A nivel geográfico, en la provincia de Cartago, el cantón de Turrialba es el de mayor incidencia. En relación con la escolaridad, los resultados reflejan que la mayoría de la población cuenta con un nivel de primaria y su ocupación se desarrolla en el ámbito no profesional, principalmente en trabajos del tipo oficio. De las patologías prostáticas, los varones estudiados sufren de hiperplasia prostática benigna en mayor medida. Por último, en relación el tratamiento, la mayor parte de los varones fueron sometidos a tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: Las enfermedades prostáticas son un grupo de enfermedades poco exploradas en el contexto nacional. De ellas, la Hiperplasia Prostática Benigna es la más inexplorada, no solo en Costa Rica, sino en el mundo, lo que aumenta el valor de la producción científica. Es necesario que Costa Rica emita y adopte más y mejores políticas dirigidas a la atención de salud del varón, ya que se evidencia como una inequidad en salud el hecho de que no exista una política dirigida a la salud masculina.

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this work was to identify the social and biological characteristics of the male population under 75 years of age with prostate diseases that were treated in the Urology department of the Max Peralta Hospital during 2015.

Methodology: It was carried out with a quantitative approach and a descriptive design. The data were provided by the statistics department of Max Peralta Hospital. The total number of users was of 240 men. A non-probabilistic sampling was used, the size of the sample in this investigation was of 63 files.

Results: Related to prostate diseases, the results obtained reflect how from 50 years the risk of suffering from prostate disease increases, since more than half of the files analyzed correspond to men with an age located in the range between 50 to 59 years. The region distribution shows that Turrialba canton is the place of the major incidence in the Cartago province. Moreover, schooling was another of the elements analyzed in this study. The results reflect that the majority of the population has a primary level and their occupation is carried out in the non-professional field mainly in trades. Within the prostatic diseases, benign prostatic hypertrophy is the one which more affects the group of men of this study. Finally, the surgical treatment was the most used treatment for the prostatic disease.

Conclusions: Prostate diseases are a group of diseases little explored in the national context. Of these, Benign Prostatic Hyperplasia is the most unexplored, not only in Costa Rica, but in the world, which increases the value of scientific production. Also, it is necessary for Costa Rica to issue and adopt more and better policies aimed at men's health care, since it is evidenced as an inequity in health the fact that there is no policy aimed at men's health.

Lista de Cuadros

Cuadro 1. Valores normales de Antígeno Prostático Específico (APE) de acuerdo a la edad.	15
Cuadro 2. Sistema de Estadificación del adenocarcinoma prostático de la AJCC-UICC....	16
Cuadro 3. Operacionalización de variables	33

Lista de Tablas

Tabla 1. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según edad, lugar de procedencia, estado civil y escolaridad, 2015. (Frecuencias absolutas (f) y relativas (F), $n=63$)	38
Tabla 2. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según especialidad quirúrgica, 2015. (Frecuencias absolutas (f) y relativas (F), $n=63$)	42
Tabla 3. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según sintomatología previa al internamiento, 2015. (Frecuencias absolutas (f) y relativas (F))	44
Tabla 4. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según tipo de cirugía realizada y complicaciones postquirúrgicas presentadas, 2015. (Frecuencias absolutas (f) y relativas (F) $n=63$)	45

Lista de Figuras

Figura 1. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según ocupación, 2015. (n=63)	40
Figura 2. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según patología, 2015. (n=63)	41
Figura 3. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según tipo de patología, 2015. (n=63)	43
Figura 4. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con cáncer de próstata según clasificación Gleason, 2015. (n=63)	45
Figura 5. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según tipo de terapia postquirúrgica empleada, 2015. (n=63)	47
Figura 6. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según tiempo de hospitalización, 2015. (n=63).....	47



Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Peggy Crawford Arce, con cédula de identidad 303620771, en mi condición de autor del TFG titulado Características Sociales y biológicas de la población masculina adulta menor de 75 años con enfermedades prostaticas que fueron atendidos en el Servicio de Urología del Hospital Max Peralta de Cartago durante el año 2015. Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI [X] NO []

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Peggy Crawford Arce

Número de Carné: 98C082 Número de cédula: 303620771

Correo Electrónico: pecra15@gmail.com

Fecha: 6-02-2020, Número de teléfono: 74559566

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Denis Camillo Díaz

[Firma manuscrita]
FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

CAPÍTULO I: INTRODUCTORIO

1.1. Introducción

Las enfermedades prostáticas son uno de los principales problemas que aquejan a la población masculina (Robinson, 2002). Si bien, las razones por las cuales existe tal nivel de afectación han sido poco exploradas, el factor género, y específicamente los roles de género asignados socialmente, son un factor determinante de las causas de la morbimortalidad de los varones (de Keijzer, 2002; Bonino, 2002). En este sentido, es que la Comisión Técnica de Género y Salud, del Consejo de Ministerios de Centroamérica y República Dominicana (2013) señala que es imposible asegurar el derecho a la salud si el enfoque de género no se convierte en un factor medular en los distintos trabajos que tienen que ver con la salud, ya que el mismo permite analizar y entender a las características propias de varones y mujeres de forma específica, así como sus semejanzas y diferencias.

Por otra parte, uno de los propósitos de la enfermería es ayudar a que los seres humanos, o grupos de ellos, conserven su salud y se realicen como individuos (King, 1984). Específicamente, en el área de obstetricia, distintas normas han puesto en evidencia la labor del enfermero especialista en ginecología, obstetricia y perinatología como garantes de la gestión de los cuidados con enfoque de género (Gobierno de la República de Costa Rica, 2005).

A partir del planteamiento de estos elementos, la presente investigación se propuso identificar características sociales y biológicas de la población masculina menor de 75 años con enfermedades prostáticas que fueron atendidos en el servicio de Urología del Hospital Max Peralta, ubicado en la provincia de Cartago, esto durante el año 2015.

Aplicando una metodología cuantitativa descriptiva, se realizó una revisión documental que posteriormente fue analizada mediante la estadística descriptiva. Los datos fueron introducidos para su procesamiento en una tabla del programa EXCEL, para proceder a realizar una descripción de estos.

El objetivo general de este trabajo fue identificar las características sociales y biológicas de la población masculina adulta menor de 75 años con enfermedades prostáticas que fueron atendidos en el servicio de Urología del Hospital Max Peralta. 2015.

El Comité asesor estuvo conformado por el Máster Dennis Carrillo en calidad de Tutor, el Máster Randall Rivera y la Máster Ana Ibis Campos como lectores.

1.2. Antecedentes

A continuación, se presentan los antecedentes encontrados con respecto a investigaciones relacionadas con las patologías prostáticas y las características biológicas y sociales. Es relevante resaltar el hecho de que, a través de la búsqueda en bases de datos, no se encontraron investigaciones que indaguen aspectos sociales de la población masculina con enfermedades prostáticas, ya que la información disponible se relaciona principalmente con aspectos fisiopatológicos.

Lo anterior evidencia la necesidad de ahondar en este campo. Sin embargo, se presentan los antecedentes que se aproximan al tema que presenta esta investigación.

En el ámbito nacional, León en el 2009, realizó una investigación con el título: “Factores nutricionales y no nutricionales en una población masculina de algunos cantones de la provincia de Heredia con hiperplasia prostática”. El objetivo de esta investigación fue determinar la presencia de factores de riesgo nutricional y no nutricional en una población

masculina con hiperplasia prostática en algunos cantones de la provincia de Heredia. Utilizando como metodología un enfoque cuantitativo con diseño descriptivo transversal, cuya población fueron varones mayores de 50 años con diagnóstico de hiperplasia prostática benigna (HPB) del servicio de urología del Hospital San Vicente de Paul, en Heredia, la muestra fue de 30 personas.

En esta investigación se encontró que un 30% de los individuos tienen sobrepeso u obesidad y 13,3% un exceso de grasa abdominal. Como factor no nutricional el estudio encontró que 33% de los sujetos tiene familiares que han padecido cáncer de próstata.

Uno de los antecedentes más recientes, es la Encuesta Nacional Sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva, realizada en el 2015. Si bien la encuesta no era específica para enfermedades prostáticas, mediante un ítem se evaluó la realización de exámenes de tamizaje por cáncer de próstata, específicamente el tacto rectal (TR). En el estudio se encontró que únicamente un 34.8% de los varones encuestados declaran haberse realizado el TR. De estos el 63,8% corresponde a varones mayores de 35 años. No se encontraron diferencias significativas en el nivel educativo, siendo que 35,2% fueron personas con un nivel académico menor a secundaria y 34% personas con un nivel de secundaria completa o superior.

Por otra parte, Ortiz y Rivas (2013), realizaron una investigación titulada “Situación Actual de Salud Sexual y Salud Reproductiva de los hombres privados de libertad en el Centro de Atención Institucional de San José”, la cual fue una investigación con enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo, cuyo método de recolección de la información fue a través de un cuestionario, realizada con un total de 102 varones.

En relación con la patología prostática, en esta investigación, las investigadoras encontraron que un 92,1% de los varones participantes consideran importante la realización de un chequeo médico anual para la valoración de sus órganos reproductivos. Pese a esto, las investigadoras no ahondaron en qué porcentaje de los varones se lo práctica.

La investigación a nivel nacional es muy escasa por lo que no se encontraron otros estudios que tuvieran una aproximación al tema que se investiga.

En cuanto a los antecedentes internacionales, Nodal, Rodríguez, Tamayo y Domínguez (2011), realizaron un estudio en Cuba sobre la responsabilidad individual en la detección temprana del cáncer de próstata. Los resultados obtenidos en esta investigación pusieron de manifiesto la imperiosa necesidad de realizar acciones de promoción sanitaria y prevención de enfermedades, con vistas a lograr que el individuo se sienta cada vez más responsable del cuidado de su propia salud, puesto que el 85,4% de los participantes admitieron no haberse sometido a exámenes para garantizar el diagnóstico temprano de ese tipo de tumor o descartar su presencia.

En otro estudio, Vinaccia, Fernández, Sierra, Monsalve y Cano (2006), estudiaron las creencias asociadas a la hiperplasia prostática benigna en 30 pacientes entre los 48 y los 82 años diagnosticados con HPB, a quienes se les aplicaron tres cuestionarios (SF-36, ICIQ-SF y I-PSS)¹. Con este estudio los autores concluyeron que la percepción desfavorable de la HPB aumenta con la gravedad de su sintomatología física y especialmente por el impacto de ésta en los factores psico-sociales asociados, afectando así la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad.

¹ El SF-36 es un instrumento que mide la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS); por su parte el cuestionario ICIQ-SF mide la incontinencia urinaria; el instrumento I-PSS se refiere al Baremo Internacional de sintomatología Prostática.

Por su parte, Rivero y Berrios (2016) desarrollaron una investigación en Puerto Rico denominada “El cáncer de próstata y la construcción social de la masculinidad en Puerto Rico”, la misma es una investigación con enfoque cualitativo que utiliza como diseño la fenomenología y haciendo un análisis de contenido como método de análisis de los resultados. Participaron un total de 10 parejas heterosexuales.

Como parte de los resultados, los investigadores encontraron que existen factores propios de la masculinidad que interfieren con el proceso diagnóstico, específicamente con el tacto rectal. Así mismo los investigadores evidencian el impacto negativo de los efectos secundarios del tratamiento, específicamente analizan la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil, los cuales repercuten sobre la autopercepción de los varones. Otro elemento importante que se refleja en la investigación de estos autores es la participación y el papel de la mujer sobre el autocuidado y como garantes para el proceso diagnóstico de los varones con esta patología.

Estos mismos autores, en otro artículo publicado en 2015 titulado: “El cáncer prostático en la experiencia de la pareja: la mujer como guardiana de la salud” exponen, a través de una investigación cualitativa con diseño fenomenológico, también realizada a 10 parejas, cómo las mujeres entrevistadas son quienes soportan el peso del autocuidado de sus parejas, ellas en gran medida, también soportan el éxito del tratamiento por un acuerdo inconsciente entre la pareja.

Finalmente, Ortiz, Reyes, Grajales y Tenahua (2013) realizaron un estudio llamado “Identificación de factores de riesgo para cáncer de próstata”, cuyo objetivo fue identificar la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de próstata en varones de entre 35 a 65 años en un municipio mexicano. Esta fue una investigación con enfoque

cuantitativo y cuyo diseño fue descriptivo transversal, con una muestra de 100 personas. Como resultados los autores obtuvieron que los principales factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama presentes en estos varones fueron el sobrepeso y el sedentarismo.

Como se explicó al inicio de este apartado, las investigaciones en relación con las características sociales y biológicas son escasas, o bien, de muy difícil acceso. No obstante, se encuentran numerosas investigaciones relacionadas con el diagnóstico, tratamiento y fisiopatología. Por otra parte, también resalta el hecho de que la Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) es una patología aparentemente inexplorada, ya que los artículos centran su atención en el Cáncer de Próstata.

1.3. Justificación

El informe mundial sobre las estadísticas mundiales de salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019), señala que los hombres mueren en mayor número que las mujeres.

En el área de la salud reproductiva, las enfermedades prostáticas han constituido históricamente uno de los problemas médicos más frecuentes en el hombre adulto, las cuales también ocupan una de las principales causas de mortalidad. Dentro de estas, existen dos procesos que sin duda alguna ocupan una posición primera: el cáncer de próstata y la hipertrofia prostática benigna (Robinson, 2000).

El cáncer de próstata es el tumor más frecuente en varones mayores de 50 años, ocupando 415.000 casos nuevos por año, con una tasa de mortalidad cercana al 20%. Considerada la segunda patología cancerosa más frecuentemente diagnosticada en los varones de todo el mundo, el cáncer de próstata tiene una prevalencia del 9,6% y una incidencia del 11,7% (OPS, 2017; CCSS, 2011).

América es el continente en donde se registra mayor número de casos nuevos de cáncer de próstata, superando la tasa media mundial de incidencia e incluso la tasa de las regiones más desarrolladas del planeta. Dentro del continente, Norteamérica es la región en la cual se diagnostica más cáncer de próstata (entre una división de 21 regiones a nivel mundial); Sudamérica se encuentra en la sexta posición, y específicamente Centroamérica, en la novena posición (Caja Costarricense de Seguro Social: 2011).

En Costa Rica, este tipo de cáncer ha experimentado un acelerado crecimiento, pasando de una tasa de incidencia ajustada de 17,86 en 1990, a 45,10 en el año 2000, ubicándolo en el primer lugar de incidencia en los varones costarricenses. Sin embargo, de acuerdo con el Ministerio de Salud (2007), ya para el año 2003, esta tasa de incidencia ajustada había alcanzado cifras de 55,81, la cual posteriormente, entre los años 2003 y 2005 descendió hasta 50,95 y entre ese año y 2007 aumentó a 54,03 por cada 100.000 varones (CCSS, 2011).

Estos cambios en la incidencia se pueden relacionar con numerosos factores, entre ellos el contar con mejor equipo diagnóstico, programas de detección precoz, una población con más información y sensibilización, la resistencia de parte de la población masculina a realizarse tacto rectal y el envejecimiento de la población.

Según el Ministerio de Salud, Costa Rica (2011) y la Caja Costarricense de Seguro Social (2011), la distribución geográfica de las tasas de mortalidad más elevadas, se ubican en los cantones del Valle Central, la región Huetar Norte y la Chorotega. Cabe rescatar que estas dos últimas regiones, aunque presentaron incidencias por debajo de la tasa ajustada nacional, presentan las tasas más altas de mortalidad, por lo que se debe indagar sobre el acceso a los servicios de salud y la oportunidad de tratamiento como factores relacionados.

En la lista de las patologías que sufren los varones, también se encuentra la Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), la cual también es parte de los trastornos que afectan la salud reproductiva en el varón; esta ha sido descrita como el tumor benigno más habitual en varones, con una prevalencia que inicia en 8% a los 40 años y que va en aumento hasta alcanzar el 90% a los 80 años, con una tasa de mortalidad de 300 por cada 100.000 varones (Rosas, 2006; Shabbir y Mumataz, 2004).

En el Hospital Max Peralta de Cartago, en año 2015, el Departamento de Estadística registró 209 hombres con hiperplasia prostática, 122 hombres con cáncer de próstata y de esos, a 240 se les realizó cirugía en este centro. (Tomado del departamento de Estadística). Estas estadísticas hacen evidente la problemática de la hiperplasia prostática para la población masculina, ya que este diagnóstico se encuentra dentro de los cinco con mayor número de casos del servicio de cirugía de varones, desde el año 2000 hasta el 2011. (Estadística Hospital Max Peralta, 2011). Aunque las incidencias son fluctuantes, llama la atención que en los pocos meses que este diagnóstico no aparece entre las cinco primeras causas de egreso hospitalario del servicio antes mencionado, aparece dentro de las causas el cáncer de próstata.

Este análisis epidemiológico, evidencia una inequidad en salud que prevalece aun cuando desde el año 2000 la OMS estableció la promoción de la equidad como mandato fundamental. Sin embargo, alcanzar la equidad parece complejo sin tener claridad de cuales son los factores causales, ya que los mismos abordan la problemática desde su raíz y no desde sus efectos. Sin embargo, las ciencias sociales han aportado un análisis causal que permite explicar las razones del por qué existen diferencias entre hombres y mujeres en materia de salud.

Desde el enfoque de género, De Keijzer (2002) señala que el varón está ausente en el ámbito de la salud, esto debido a cuestiones propias de la construcción de la identidad masculina y también a la forma en cómo están configurados los servicios de salud, los cuales señala De Schutter (2000) “rara vez se dirigen a los hombres” (p. 418).

Dentro de este contexto es que se fundamenta que el enfoque de género es esencial para abordar cualquier problemática de salud. Ya que el mismo permite analizar las necesidades particulares de mujeres y hombres, reconociendo no sólo sus diferencias biológicas, sino también las especificidades propias de la construcción del género. Tal como lo señala el Ministerio de Salud de Chile (2011): es imprescindible incorporar el enfoque de género si se quiere alcanzar la equidad en salud.

Lo anterior, además, es vinculante con las líneas de acción del programa de maestría en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, ya que dentro de estas se encuentran la Salud Reproductiva y la Salud Andrológica, esta última hace referencia al salud del varón como tal, lo cual evidencia la incorporación de la perspectiva de género a esta especialidad.

Por otra parte, la atención del varón por parte de enfermería obstetrica no es algo únicamente establecido en el programa de formación de los profesionales en enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal de la Universidad de Costa Rica, sino que también está estipulado en nuestro país por el Reglamento Nacional de Enfermería Ginecoobstétrica y Perinatal. Este reglamento señala en el artículo 6 como competencia de enfermería la gestión de los cuidados con enfoque de derechos y equidad de género.

A manera de conclusión, se denota la importancia del análisis de los problemas de salud del varón y dados los datos epidemiológicos tanto globales como nacionales, se hace

necesario la investigación de las enfermedades prostáticas. Esta investigación, plantea un abordaje desde el componente de género, el cual permite analizar los factores causales estructurales para así abrir camino hacia la búsqueda de soluciones concretas basadas en las características propias del ser del varón. Así mismo, se evidencia la competencia del profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal, como personal calificado para el abordaje de este tipo de patologías desde una perspectiva holística que integre los distintos sistemas que integran el ser humano.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Identificar las características sociales y biológicas de la población masculina adulta menor de 75 años con enfermedades prostáticas que fueron atendidos en el servicio de Urología del Hospital Max Peralta. 2015.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociales de la población masculina con enfermedades prostáticas.
2. Describir las características biológicas de la población masculina con enfermedades prostáticas.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco Conceptual

Este apartado está dedicado a presentar los conceptos que la investigadora consideró relevantes de describir para una adecuada comprensión e interpretación de este estudio.

2.1.1. La próstata

La próstata es un órgano que forma parte del sistema reproductor masculino; se ubica en la pelvis, por debajo de la vejiga, detrás de la sínfisis del pubis y por delante del recto. (Moore, Dalley y Agur, 2013; Drake, Vogl y Mtichell, 2005; Cofey, 1994). La próstata tiene una forma similar a una nuez y sus dimensiones, en condiciones normales, son de aproximadamente 3 cm de largo, 4 cm de ancho y 2 cm de profundidad (Moore et al., 2013). Además, está recubierta por una capa de tejido fibroso llamada la cápsula prostática.

Moore et al. (2013), mencionan que la próstata tiene varias secciones, a saber:

- Una *base*, que se relaciona con la vejiga
- Un *vértice*, que tiene contacto con la fascia pélvica y los músculos perineales profundos.
- Una *cara anterior*, la cual se compone de músculo y que forma parte del esfínter de la uretra.
- Una *cara posterior*, la cual se relaciona con la ampolla del recto
- Dos *caras inferolaterales*, que se relacionan con el músculo elevador del ano.

Así mismo, Moore et al. (2013) también agregan que la próstata se suele describir por los siguientes lóbulos:

- El *itsmo* de la próstata (también llamado el lóbulo anterior), se encuentra anterior a la uretra. Esta porción está compuesta sobre todo de tejido fibromuscular y contiene escaso o ningún tejido glandular.

- Los lóbulos izquierdo y derecho, los cuales se encuentran separados - anteriormente por el istmo y posteriormente por un surco de poca profundidad, el cual tiene un dirección longitudinal y central. Estos lóbulos, a su vez, pueden subdividirse en lobulillos de acuerdo con su relación con la uretra y los conductos eyaculadores, así como por la disposición de los conductos y el tejido conectivo.

Estos lobulillos son los siguientes:

- Lobulillo posteroinferior: Esta es la cara palpable de la próstata durante el tacto rectal (TR), se encuentra por detrás de la uretra y por debajo de los conductos eyaculadores.
- Lobulillo inferolateral: Se encuentra inmediatamente adyacente (lateral) a la uretra. Este lobulillo conforma la mayor parte de los lóbulos izquierdo y derecho.
- Lobulillo superomedial: Rodea al conducto eyaculador homolateralmente, profundo al lobulillo inferolateral.
- Lobulillo anteromedial: Se encuentra lateral a la uretra prostática proximal, profundo a el lobulillo inferolateral.

Otra división de la próstata es por zonas, lo cual es útil por razones anatómicas.

Las tres zonas son: la zona periférica, que comprende aproximadamente un 70% del volumen, la zona central que representa alrededor de un 25% del volumen y la zona transicional que comprende aproximadamente 5% del volumen total (Standring, 2016).

La zona central contiene los ductos eyaculadores, en la zona transicional se desarrolla es donde mayoritariamente se desarrolla la Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), en la zona periférica es donde principalmente se desarrolla cáncer de próstata.

Como parte del sistema reproductor masculino, la próstata tiene una función glandular. Los fluidos que produce la próstata le aportan nutrientes y enzimas al semen que contribuyen a la supervivencia y movilidad de los espermatozoides dentro del sistema

reproductor femenino (Silverthorn, 2013; Barret, Barman, Boitano y Brooks, 2010; Smeltzer, Bare, Hinckle y Cheever, 2010; Drake et al., 2005).

2.1.2. Cáncer de próstata

El cáncer de próstata (CaP) es el segundo tipo de cáncer más común en Costa Rica con una incidencia de 44.92 personas por cada 100.000 habitantes, solamente por debajo del cáncer de piel (49.48) (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2015). Así mismo, ocupa la segunda causa de mortalidad por malignidad en varones con una tasa de mortalidad 15.02 hombres por cada 100.000 habitantes, y solo por debajo del cáncer de estómago, el cual tiene una tasa de 15.49 personas por cada 100.000 habitantes (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2014)

En cuanto a la causa del cáncer de próstata, la mismo no está clara. Como en otros tipos de cáncer el desarrollo del cáncer de próstata es un proceso de varios pasos que involucra genes que controlan el crecimiento y diferenciación celular (Grossman y Matson, 2014). Pese a lo anterior, se han identificado algunos factores de riesgo para el desarrollo de esta neoplasia que se consideran a continuación.

Factores de riesgo

En cuanto a los factores de riesgo, se han descrito diversos factores tanto endógenos como exógenos. Sin embargo, de acuerdo con Jiménez, Scavuzzo y Santana (2017) los más reconocidos son:

- El incremento en la edad observándose raramente antes de los 40 años y con una incidencia máxima a partir de los 65.
- En cuanto a la herencia, el cáncer de próstata hereditario no es común y representa alrededor de un 9% de los casos. Cuando la persona tiene familiares en primer grado con cáncer de próstata, el riesgo se duplica con un miembro y

se aumenta en 5 a 11 veces cuando existen dos o más familiares de primer grado con antecedentes de Cáncer de Próstata.

- Otro de los factores de riesgo descritos es la etnia, ya que se la población afrodescendiente que en persona caucásicas.

Tal y como se observa, lo anterior hace referencia únicamente a los factores endógenos. Por su parte, Jiménez et al. (2017) señalan que los factores exógenos tienen menos investigación que los respalde. No obstante, destacan dentro de este subgrupo factores como el alto consumo de grasa y el bajo consumo de frutas cereales y verduras (fuente de macro y micronutrientes), la conducta sexual, el consumo de alcohol, la exposición a radiación ionizante y la exposición laboral.

Sintomatología

Durante los primeros estadios, el Cáncer Próstata localizado raramente produce síntomas. (Smeltzer et al., 2010; Jiménez et al., 2017; González y Lázaro, 2017). No obstante, en estas primeras etapas pueden producirse síntomas relacionados con la disminución del calibre de la uretra, como lo son: nicturia, polaquiuria y disuria (Álvarez y Lázaro, 2017; Jiménez et al., 2017; Smeltzer et al., 2017), también puede presentar disminución de la libido, disfunción eréctil (Jiménez et al., 2017; Álvarez y Lázaro, 2017).

Cuando la enfermedad se encuentra localmente avanzada pueden aparecer síntomas como infecciones urinarias, hematuria y hemospermia. (Jiménez et al., 2017; Álvarez y Lázaro, 2017). Por su parte, cuando la enfermedad se encuentra avanzada o metastásica, puede observarse edema podálico y dolor en las piernas (por compromiso de los ganglios linfáticos cercanos), así como dolor óseo (metástasis ósea) y debilidad muscular (metástasis vertebral y compresión radicular).

Diagnóstico

Dentro de las medidas diagnósticas más confiables se encuentran el tacto rectal (TR) y el Antígeno Prostático Específico (APE).

El PSA consta de un estudio de laboratorio a una muestra de sangre que mide un antígeno que produce la próstata y que se encuentra elevado por sobre los niveles normales en hombres con Cáncer de Próstata, sin embargo un valor elevado también puede estar relacionado con la Hiperplasia Prostática Benigna e infecciones o inflamación de la próstata (Álvarez y Lázaro, 2017).

Jiménez et al. (2017), señalan que los valores normales para este laboratorio son los siguientes:

Cuadro1. Valores normales de Antígeno Prostático Específico (APE) de acuerdo a la edad.

Valores normales de APE.	
Edad	Concentración Sérica
40 a 49 años	0 a 2.5 ng/mL
50 a 59 años	0 a 3.5 ng/mL
60 a 69 años	0 a 4.5 ng/mL
70 a 79 años	0 a 6.5 ng/mL

Fuente: Jiménez et al. (2017). Manual de Oncología 6 ed., Capítulo 74: Cáncer de próstata, sección:

Diagnóstico.

Otro de los métodos diagnósticos es el Tacto Rectal, el cual consiste en la palpación de la próstata por vía rectal, este es importante debido a que la mayoría de los cánceres inician en la pared posterior de la próstata (anterior al recto), además es importante porque podrían

existir tumores malignos en pacientes con PSA normal. (Álvarez y Lázaro, 2017; Jiménez et al., 2017)

Pese a lo anterior, lo autores son claros en que el método diagnóstico definitivo se basa el examen histológico (Smeltzer et al., 2010; Grossman y Matson, 2014) Álvarez y Lázaro, 2017; Jiménez et al., 2017) el cual se puede efectuar de muestras de biopsia o piezas quirúrgicas de la próstata (Jiménez et al., 2017).

Estadía

El estadio del Cáncer de Próstata se determina haciendo uso del sistema de estadía del Comité Conjunto Americano del Cáncer (AJCC) y la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) (ambos abreviados por sus siglas en inglés), también denominado Sistema de Estadificación del adenocarcinoma prostático de la AJCC-UICC, en el que la letra “T” hace referencia al tumor primario, la letra “N” hace referencia a la metástasis a ganglios linfáticos y la “M” metástasis a distancia (Jiménez et al, 2017). Este sistema de clasificación se expone a continuación.

Cuadro2. Sistema de Estadificación del adenocarcinoma prostático de la AJCC-UICC.

Tumor primario	
T _x	El tumor primario no se puede evaluar
T ₀	No existen signos de tumor primario
T ₁	Tumor no evidente en el examen clínico, no se palpa ni es visible mediante técnicas de imagen
T _{1a}	Tumor detectado como hallazgo fortuito en una extensión ≤5 % del tejido reseado
T _{1b}	Tumor detectado como hallazgo fortuito en una extensión mayor de 15 % del tejido reseado
T _{1c}	Tumor detectado mediante biopsia (por elevación del PSA)
T ₂	Tumor confinado a la próstata

T _{2a}	Tumor que afecta la mitad de un lóbulo o menos
T _{2b}	Tumor que afecta más de la mitad de un lóbulo pero no alcanza ambos lóbulos
T _{2c}	Tumor que abarca ambos lóbulos
T ₃	Tumor que se extiende a través de la cápsula prostática
T _{3a}	Extensión extracapsular unilateral o bilateral
T _{3b}	Invasión a vesículas seminales
T ₄	Invasión a órganos adyacentes a vesículas seminales: cuello vesical, esfínter vesical externo, recto, músculos elevadores del ano o pared pélvica, o ambas.
Ganglios Linfáticos	
N _x	No se pueden evaluar ganglios linfáticos regionales
N ₀	No se demuestran metástasis ganglionares regionales
N ₁	Metástasis a ganglios linfáticos regionales
Metástasis a distancia	
M _x	No se pueden evaluar metástasis a distancia
M ₀	No hay metástasis a distancia
M ₁	Metástasis a distancia
M _{1a}	Ganglios linfáticos extrarregionales
M _{1b}	Hueso
M _{1c}	Otras localizaciones

Fuente: Jiménez et al. (2017). Manual de Oncología 6 ed., Capítulo 74: Cáncer de próstata, sección:

Diagnóstico.

Histología

De acuerdo con Álvarez y Lázaro (2017) la mayoría de los CaP corresponden a adenocarcinomas de que se ubican principalmente en la región periférica (70%), y en menor medida en la zona transicional (20%) y la central (10%). Además de los adenocarcinomas, pueden presentarse adenocarcinoma de los ductos prostáticos, adenocarcinomas mucinosos, carcinoma transicional y carcinomas neuroendocrinos.

Para clasificar histológicamente el adenocarcinoma se utiliza la escala de Gleason, la cual corresponde a clasificación que se realiza a una biopsia del tejido canceroso. Los patólogos le asignan una calificación al tejido estudiado que va del 1 al 5, siendo el 1 la calificación otorgada al tejido más similar al tejido prostático normal y 5 siendo el tejido cancerígeno más anormal. Debido a que el cáncer de próstata tiene áreas con diferentes tipos de tejidos, se asigna una calificación a las dos áreas que forman predominantemente la muestra (Sociedad Americana del Cáncer, 2018).

La Asociación Americana del Cáncer (2018) también señala que la puntuación Gleason oscila valores entre 2 y 10. Cuando la Clasificación Gleason es menor a 6 usualmente se les llama bien diferenciados o de bajo grado, aquellos con clasificación 7 son llamados moderadamente diferenciados o de grado intermedio, y aquellos con una puntuación Gleason mayor a 7 se les llama pobremente diferenciados o de alto grado. Entre mayor sea la clasificación Gleason mayor es el riesgo de que el cáncer crezca y se propague.

Tratamiento

De acuerdo Grossman y Matson (2014), para el tratamiento del cáncer de próstata existen varias opciones terapéuticas, a saber: Tratamiento quirúrgico, tratamiento farmacológico y radioterapia.

En cuanto al manejo quirúrgico, existen varias técnicas. La elección del abordaje quirúrgico dependerá de varias circunstancias, entre ellas la edad, la condición del paciente, la preferencia del usuario y las habilidades del cirujano.

Smeltzer et al. (2014) describen las siguientes técnicas quirúrgicas:

- Resección Transuretral (RTU) de la próstata: Este es un procedimiento endoscópico y es la técnica de abordaje más empleada. Consiste en la

introducción de un instrumento a través de la vejiga a través del cual se elimina todo el tejido hipertrófico o neoplásico con un haz eléctrico, dejando únicamente la capsula de la próstata. Con este procedimiento es infrecuente la disfunción eréctil, sin embargo, algunas veces ocurre eyaculación retrógrada. Por otra parte, una de sus desventajas consiste en que algunas veces se requiere de realizar el procedimiento varias veces, ya que el tejido crece nuevamente.

- Prostatectomía suprapúbica: Esta técnica requiere de una incisión abdominal y consiste en retirar la próstata desde arriba de la vejiga a través de una incisión que se hace por encima de esta. La complicación de este tipo de cirugía es el sangrado.
- Prostatectomía perineal: Usualmente este procedimiento se reserva para aquellos casos en los que otra técnica quirúrgica no es posible. La próstata se retira a través de una incisión en el periné, lo que es muy útil para la obtención de una biopsia abierta. Como desventajas de esta técnica están el riesgo de disfunción eréctil, incontinencia urinaria y trauma rectal.
- Prostatectomía retropúbica: Esta técnica se utiliza más que la resección suprapúbica debido a que mediante una pequeña incisión en el abdomen bajo, se ingresa a la cavidad abdominal para retirar la próstata sin entrar a la vejiga. Como desventajas de esta técnica es que el riesgo de infección del espacio retropúbico es elevado.

Como complicaciones más comunes de los procedimientos quirúrgicos de la próstata se encuentran el sangrado, la obstrucción de sondas, la formación de coágulos y la disfunción sexual.

Por otra parte, en relación con el tratamiento farmacológico, el mismo consta de inhibidores androgénicos cuya acción consiste en disminuir los niveles de testosterona en sangre, ya que, ante la ausencia de esta hormona, las paredes de la glándula se adelgazan y consecuentemente la glándula disminuye de tamaño. En algunas ocasiones, este procedimiento se acompaña de la orquidectomía bilateral, que. Consiste en la remoción

quirúrgica de ambos testículos para disminuir aún más los niveles de testosterona. Además, en pacientes que no responden a estas últimas dos medias, se les puede administrar medicamentos agonistas de la liberación hormona luteinizante. Como consecuencias de este manejo, pueden presentarse síntomas relacionados con el hipogonadismo, los cuales incluyen enrojecimiento vasomotor, ginecomastia, mastodinia, disminución del músculo esquelético y aumento del tejido graso, disminución de la densidad ósea, alteraciones del perfil lipídico, anemia, fatiga, entre otras. (Smeltzer et al., 2014)

Finalmente, en relación con la radioterapia, existen dos mecanismos de radiación la radioterapia con haz externo (teleterapia), en la que se administran dosis de radiación por 5 días por semana en un período de tiempo de 7 a 8 semanas, usualmente se somete a este tipo de terapia a aquellos pacientes con riesgos moderados a altos. Mientras que, la braquiterapia consiste en la colocación quirúrgica intersticial de semillas radiactivas, este procedimiento se utiliza generalmente en cáncer en sus estadios tempranos y en aquellos tipos de cáncer no diseminados. Como complicaciones principales de estos procedimientos se encuentran la irritación del recto, vejiga y colon, además, podrían presentarse el sangrado, la fistula rectal, cistitis crónica intersticial, entre otras.

2.1.3. Hiperplasia Prostática Benigna

La Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) es una neoplasia benigna que afecta la próstata y cuya causa se desconoce. Se estima que la mitad de los varones de 60 años tienen hallazgos microscópicos de HPB, mientras que, para la edad de 85 años, ese valor alcanza al menos 90%, de éstos, cerca del 50% desarrollará síntomas. (Rubinstein, Gueglio, Guidice y Tesolin, 2013).

Las causas de HPB aún no está bien definida. Sin embargo, se plantea que está relacionada con factores hormonales, con un aumento de la acción hipertrófica de la Dihidrotestosterona (DHT) secundario a una mayor sensibilidad a los estrógenos, los cuales aumentan con el envejecimiento. (Grossman y Matson, 2014). Esta enfermedad se desarrolla durante un periodo de tiempo extenso, el tabaquismo, el etilismo, la obesidad, el sedentarismo, la diabetes, la hipertensión, las cardiopatías y la dieta occidental: con elevado consumo de grasa animal, proteína y azúcares refinados, además de un bajo consumo de fibra han sido identificados como factores de riesgo (Smeltzer et al., 2014), además de estos, la etnia, la herencia y la edad han sido identificados como factores de riesgo (Grossman y Matson, 2014).

La localización anatómica de la próstata, en el cuello de la uretra explican la sintomatología y fisiopatología de la enfermedad. Grossman y Matson (2014) explican que existen dos componentes de las propiedades obstructivas de la HPB y el desarrollo de los síntomas: el estático y el dinámico. El componente dinámico tiene que ver con la actividad de los receptores alfa-1 adrenérgicos y su actividad en el músculo liso prostático; mientras que el componente estático hace alusión al agrandamiento prostático con la aparición de síntomas como disminución del chorro urinario, goteo urinario pos-vaciamiento, aumento de la frecuencia urinaria y nicturia. Por último, los autores reconocen como tercer componente la inestabilidad del músculo detrusor y el deterioro de la contractilidad de la uretra.

Diagnóstico

El diagnóstico de esta patología se realiza a través de la entrevista, el examen físico y las pruebas de laboratorio.

La Asociación Americana de Urología propone un cuestionario que determina la intensidad de los síntomas denominado Índice Internacional de Síntomas Prostáticos, que evalúa síntomas relacionados con el vaciamiento incompleto, frecuencia, intermitencia, urgencia, debilidad del chorro, esfuerzo y nicturia. A cada rubro se le asigna una puntuación de 0 (leve) a 7 (severo). Resultados finales menores a 7 indican síntomas leves, síntomas entre 8 a 20 se consideran moderados, y de 20 a 35 se consideran severos. Finalmente se realiza una pregunta relaciona con el efecto de los síntomas en la calidad de vida (Grossman y Matson, 2014).

Durante la realización del examen físico se realiza un tacto rectal de la próstata para valorar el tejido, el cual debe ser liso y suave. Usualmente es posible palpar un agrandamiento cuando hay presencia de HPB y en otras ocasiones es posible palpar bultos o endurecimientos los cuales son sugestivos de CaP. (Grossman y Matson, 2014).

Además de lo anterior, se realizan estudios de laboratorio como el análisis de orina, en busca de hematuria, presencia de leucocitos o bacterias, las cuales son indicadores de complicaciones asociadas a la HPB, e indican sangrado, inflamación o infección. Otros estudios de laboratorio incluyen la medición del APE para evaluar la presencia de Cáncer de Próstata (Smeltzer, 2014).

Otros estudios complementarios incluyen la realización de ultrasonidos, la medición del flujo urinario y la realización de endoscopías del tracto urinario como la uretrocistoscopia.

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento están dirigidos a mejorar la calidad de vida, mejorar el flujo de orina, disminuir la obstrucción, prevenir la progresión de la enfermedad y minimizar las complicaciones. Y la elección del tratamiento a seguir, dependerá de la severidad de los

síntomas, la severidad de la obstrucción y la condición del paciente. (Matson y Grosman, 2014; Smeltezer et al., 2014).

Las medidas terapéuticas incluyen el manejo quirúrgico, el manejo farmacológico y el manejo expectante.

En relación con el manejo farmacológico, se utilizan inhibidores de la 5 α -reductasa, los cuales bloquean la acción de los andrógenos en la próstata. Por otra parte, también pueden utilizarse bloqueadores α_1 -adrenérgicos, los cuales mejoran el flujo de orina. La combinación de fármacos de las dos clases ha evidenciado buenos resultados (Rubinstein et al., 2013; Matson y Grossman, 2014).

La terapia quirúrgica ahora se considera una terapia de segunda línea y generalmente se reserva para los pacientes después de un ensayo de terapia médica. El objetivo de la terapia quirúrgica es reducir el tamaño de la próstata, reduciendo efectivamente la resistencia al flujo de orina. Los abordajes quirúrgicos incluyen RTU, incisión transuretral o extirpación de la glándula a través de un abordaje retropúbico, suprapúbico o perineal. También se utilizan la prostatectomía inducida por láser guiada por ultrasonido transuretral (TULIP), los stents y la hipertermia (Matson y Grossman, 2014; Smeltzer et al., 2010).

2.2. Marco Teórico

A continuación se desarrolla el marco teórico que dará sustento al análisis de los datos de este estudio.

2.2.1. Enfoque de género: Masculinidad

Connell (2003) establece que “La masculinidad no es un objeto lógico a partir del cual se pueda producir una ciencia generalizadora. (...) La mayoría de las definiciones de masculinidad han supuesto un punto de partida cultural, pero han seguido distintas estrategias

para caracterizar el tipo de persona que es masculina.” (pp. 103-104), con este punto de partida, el autor pone en evidencia que dar una definición absoluta de masculinidad es algo complejo, al respecto Cortés (2004) menciona que la masculinidad “no es una esencia ni universal ni natural ni constante, sino un ensamblaje fluido y cambiante de significados, actitudes y comportamientos que varían significativamente según los contextos en los que se desarrolla” (p.42), con lo que evidentemente se concluye que la masculinidad es un elemento complejo y por lo tanto de difícil comprensión.

Pese a lo anterior, podría iniciarse la comprensión de la masculinidad con el hecho de que “las personas no nacen como seres humanos totalmente acabados. Lo que llegan a ser es el resultado de un proceso continuo de absorción de estructuras culturales” (Cortés, 2004, p.38).

Por su parte, el género es una construcción sociocultural que responde a los cambios históricos en un lugar y tiempo determinado (Ayala, 2007). Este hace referencia al conjunto de ideas y prácticas que se asignan a las personas según su sexo, y con respecto a los parámetros de masculinidad y feminidad que la sociedad tiene en determinada época histórica y región geográfica, para así construir el tipo de hombres y mujeres que se consideran apropiados en dicha sociedad (Ruíz, 2013). Además, la construcción hace hincapié a las características de sexo, las cuales se derivan de las características biológicas, anatómicas y hormonales determinadas y relativamente invariables del hombre y la mujer (Téllez y Verdú, 2011).

Dicho lo anterior, una de los elementos en construcción en los seres humanos, los cuales no nacen completamente terminados en términos de comportamiento, pensamiento e interacción, es el género, que como se señala es una construcción social que tiene lugar en un

contexto sociohistórico dado y que tiene que ver con lo que se considera propio de cada sexo (Cortés, 2004).

Téllez y Verdú (2011) refieren que es por medio del género, es que se asignan los papeles y las funciones que se consideran más adecuados para cada sexo, determinándose la configuración de la propia identidad femenina o masculina en una cultura. Además, las autoras recalcan que “no se debe de caer en el error de suponer que adquirir un género es lo mismo que adquirir una identidad social ya fija (...) y que el género se construye de nuevo con cada encuentro social” (p. 22).

Así, la masculinidad, al igual que el género, no es otra cosa que un producto sociohistórico que se origina a partir de las relaciones de género en un patrón cultural determinado (de Kéijzer, 2001a; Connell, 2003), la masculinidad es producto de una ideología que se construye y que es susceptible a modificaciones, y cuyo objeto es justificar una serie de privilegios y descalificaciones (Cortés, 2004, p. 44).

Para Cortés (2004) dentro de la estructura ideológica de la cultura occidental, patriarcal y heterosexista, la masculinidad ha sido tradicionalmente estructurada como el género normativo. El cómo se configura y ejerce la masculinidad tiene que ver con las relaciones de poder que se establecen entre sí mismo, las mujeres y otros varones, estas relaciones se “organizan en la intersección entre el poder, la producción y la emoción, dando lugar a una multitud de masculinidades –hegemónicas, subordinadas, marginadas y opositivas- que coexisten e interactúan simultáneamente y que se configuran, todas ellas, en circunstancias históricas específicas” (Weeks, 2002, como se citó en Cortés, 2004, p. 39).

Es por estas razones que el autor acota que “se puede decir que la masculinidad no se tiene, sino que se ejerce, y el poder es el eje central de su constitución y ejercicio” (Cortes, 2004, p. 42).

Dado lo anterior, es que el mayor referente de poder es la masculinidad hegemónica (MH), tal y como lo afirma Bonino (2002), quien menciona que este tipo de masculinidad domina el universo de las definiciones sobre ser hombre y el camino de la construcción de la identidad masculina, esta está en lo más alto de la jerarquía de masculinidades posibles, debido a que es la única que tiene legitimación social y que además deja fuera de juego de la construcción subjetiva a las otras. Este tipo de masculinidad está por encima de otras masculinidades y rige la manera en que se relaciona con otras masculinidades subordinadas y por medio de esta se mide todo: relaciones sociales, comportamientos afectivos y sexuales, actitudes físicas, formas corporales, misma que se construye a partir de la diferenciación y negación de los otros, pero especialmente de las mujeres y los gays, a quienes se desprecia o rechaza (Cortés, 2004), así lo señala Demetriou quien menciona que existen dos formas y funciones de la masculinidad hegemónica. La primera sería una “hegemonía externa”, que daría cuenta de la institucionalización de la dominación masculina sobre las mujeres. Paralelo a ésta, podríamos encontrar una segunda hegemonía masculina, denominada como una “hegemonía interna”, que referiría a una especie de ascendencia social de un grupo de hombres sobre todos los otros hombres (como se citó en Schongut, 2012, p.46).

Bonino (2002) menciona que la MH está sustentada en cuatro ideologías las cuales son el proceso de organización social de la relación entre los hombres y de estos con las mujeres, es por ello que a continuación se describen:

- Ideología patriarcal: coloca al sujeto hombre-padre con poder sobre los hijos y las mujeres, y además afirma el dominio masculino del mundo.
- Ideología del individualismo de la modernidad: describe el sujeto ideal, el cual corresponde a aquel centrado en sí mismo, capaz, racional y cultivador de conocimiento, que puede hacer lo que venga en gana e imponer su voluntad y que puede usar el poder para conservar sus derechos.
- Ideología de la exclusión y subordinación de la otredad: se basa en la eliminación del otro o la otra a partir de la satanización.
- Ideología del heterosexismo homofóbico: propone a la persona ideal como aquella que realiza prácticas heterosexuales y rechaza las homosexuales.

El autor refiere que existen creencias de la MH, las cuales “no son racionales, arbitrarias y falaces, sustentadas en las ideologías de la masculinidad, como producto de la transformación sociohistórica de los valores deseables de los hombres, cristalizados en el imaginario social como verdades, e ideales sociales de masculinidad” (Bonino, 2002, p. 14).

A la vez, las creencias se dividen en dos, las cuales son:

1) **Creencias matrices:** son designadas así por su papel generativo, productivo y organizador de la identidad, y que indican que el logro de dicha identidad se asienta en la posesión de determinadas cualidades básicas. Estas creencias matrices están conformadas por las siguientes:

- Autosuficiencia prestigiosa: Afirma que ser hombre es adquirir la cualidad de la autosuficiencia autoafirmativa, prestigiosa y eficaz. Además, el autor refiere que es por medio de esta que se adjudica a los sujetos independencia y el poder de dominio, que en la existencia masculina es potencia u operante, pero siempre existente, aunque nunca puede asegurar plenamente.
- Belicosidad heroica: Afirma que ser hombre es adquirir la cualidad de ser luchador valeroso. Esta promueve la figura del héroe, el soldado o el

guerrero valeroso, o su versión deportista, tan cara al imaginario masculino y en ella se basan todas las metáforas de la “penetración” masculina.

- Respeto al valor de la jerarquía: afirma que ser hombre es adquirir un prominente lugar dentro de una estructura jerárquica masculina, encabezada por los “grandes hombres” y que puede ascender por obediencia. Según el autor, esta es la que más organiza la vida práctica y cotidiana de la mayoría de los hombres, que lejos de su más aceptada autorrepresentación como libres y valerosos, viven en un modo sometido y burocrático.
- Superioridad sobre las mujeres (y sobre los varones “menos masculinos”) y la diferenciación de ellos: afirma que ser hombre es adquirir la cualidad de superioridad frente a las mujeres, tener autoridad sobre ellas, y no parecerse a ellas, así también hacerlo con los hombres que se muestran “menos masculinos”.

2) **Creencias existenciales:** son un segundo tipo de creencias de las MH que afirman que ser hombre implica la ubicación vital en determinados lugares existenciales que dan sentido global al devenir vital; estas son:

- Posesión de una identidad privilegiada, por la que ser hombre implica estar en el lugar de mayor valor y derechos, en contraste con la identidad femenina, de menor valor.
- Posesión de una esencia masculina a conquistar y demostrar.
- Mujeres y hombres tienen diferencias insalvables y todos los hombres tienen semejanzas estructurales.

Teniendo claro estos constructos relacionados con la masculinidad, es importante esbozar la influencia de la misma sobre posibles factores de salud. Uno de los elementos clave para determinar esta relación es comprender qué son los roles de género o roles sexuales, los cuales comprenden los distintos comportamientos esperados para cada sexo en una determinada cultura (Crooks y Baur, 2013; Ortega et al., 2005).

Así, en la lectura consultada se encuentran evidencias con respecto a dos roles de género en particular :

- Participación en la propia salud: En relación con esto, la salud y el autocuidado no es una parte importante dentro de la identidad masculinidad (de Kéijzer, 2001b; Figueroa, 1998), y de Kéijzer añade que se debe a que ser partícipes de esta los hace mostrar débiles, lo que a su vez le confiere a la salud una dimensión feminizante.
- Placer y Erotismo: Tanto el erotismo como el placer forman parte de los roles de género asignados a la masculinidad (Garda, 1998). Se caracterizan por el disfrute de los varones y el uso de la mujer como objeto para el desahogo del placer masculino, sin derecho al goce sexual. Estos roles masculinos son demostrados por los hombres a través de su vigor y su iniciativa (Ortega et al., 2005).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

En el presente capítulo se describe la metodología utilizada para el desarrollo de la investigación.

3.1. Modalidad de Investigación

Esta investigación se desarrolló bajo la modalidad de investigación aplicada, la cual, según Murillo (2008) recibe el nombre de “investigación práctica o empírica” (como se citó en Vargas, 2009, p. 159) y su fin es el de utilizar los conocimientos adquiridos al tiempo que se obtienen nuevos.

En el caso de esta investigación, se estudiaron los expedientes de los usuarios con enfermedades prostáticas, benignas o malignas, atendidos en el Hospital Max Peralta Con la finalidad de identificar algunas características biológicas y sociales de la población de Cartago que padece de esta enfermedad.

3.2. Enfoque de Investigación

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, la cual se caracteriza por ser un tipo de investigación objetiva, enfocada en la obtención de datos solidos repetibles, generalizadora, inferencial y deductiva (Guerrero y Guerrero, 2014). Por su parte, Hernández, Fernández y Baptista (2014), agregan que esta investigación se caracteriza por ser secuencial, ordenada y rigurosa. En el contexto de la presente investigación, se identificaron las características biológicas y sociales de los usuarios con enfermedades prostáticas abordados con tratamiento quirúrgico en el año 2015.

3.3. Tipo y diseño de Investigación

Esta investigación es un diseño descriptivo, ya que como plantean Hernández, Fernández y Baptista (2010) “busca especificar las propiedades, las características y los perfiles

importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis”(p.60). Con la investigación se pretende describir algunos factores sociales y biológicos de los usuarios que presentan patologías prostáticas benignas y malignas. Respecto del diseño es transversal ya que los datos son recopilados por una única vez.

3.4. Población

Una población consiste en “un conjunto de todos los casos que concuerden con una serie de especificaciones” (Selltiz et al., 1980, como se citó en Hernández et al., 2010, p. 158). Para efectos del presente trabajo, la población estuvo constituida por los hombres que asisten al Servicio de Urología del Hospital Max Peralta de Cartago, quienes en el 2015 fueron sometidos a alguna intervención quirúrgica relacionada con su patología prostática benigna o maligna.

Los datos fueron brindados por el Departamento de Estadística de dicho hospital y el total de usuarios que cumplieron con las características fue de 240 varones.

3.5 Muestra

La muestra corresponde al “subgrupo de la población del cual se recolectarán los datos” (Hernández et al, 2014, p. 173).

Para el caso de esta investigación, se eligió del total de varones diagnosticados con patología prostática sometidos a una intervención quirúrgica, atendidos en el Servicio de Urología del Hospital Max Peralta de Cartago del año 2015. Los datos fueron recopilados mediante la revisión de expedientes.

3.5.1 Muestreo

Se entiende por muestreo al proceso por el cual se define y realiza la selección de la muestra, o sea la parte de la población que representará la población o en el cual se recolectó

la información. Este proceso se basa en el principio de que las partes representan el todo y, por lo tanto, reflejan las características que definen la población del aje máximo que fue extraída (Tamayo y Tamayo, 2001).

Hernández et al. (2010) definen varios tipos de muestreo, entre ellos el utilizado en esta investigación: el muestreo no probabilístico, en el cual la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino otros factores como características de la investigación o de quien hace la muestra.

La selección de los expedientes se hizo mediante un muestreo por conveniencia, para lo cual se solicitaron los expedientes de los usuarios que se encontraban en la lista de dicho periodo de tiempo. Finalmente el departamento de archivo proporcionó 63 expedientes.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

Como criterios de inclusión se establecieron los siguientes requisitos:

- Varones que hayan estado internados en el servicio de urología en el año 2015 en el Hospital Max Peralta.
- Haber sido sometidos a una intervención quirúrgica prostática.
- Que en el diagnóstico de ingreso se haya consignado uno de enfermedad prostática.
- Usuarios menores a 75 años.

Por su parte, el criterio de exclusión fue:

- Que hayan sido operados en otro centro hospitalario o que estén siendo atendidos en el Hospital Max Peralta por alguna complicación o seguimiento.

3.7 Sistema de Variables

Para efectos del presente trabajo se definen tres variables: Enfermedad Prostática, Características Biológicas y Características Sociales. Las cuales se operacionalizan a continuación.

Cuadro 3. Operacionalización de variables

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental	Indicador
Enfermedad prostática	Síntoma	Manifestación reveladora de una enfermedad.	Variable cualitativa politómica	Matriz de datos	Tipo de síntomas
	Tratamiento	Hace referencia al conjunto de métodos utilizados para curar o aliviar una enfermedad.	Variable cuantitativa nominal politómica	Matriz de datos	Tipo de tratamiento al que fue sometido
	Complicaciones	Una complicación deriva de la acción de complicarse, lo que a su vez hace referencia al acto de agravarse.	Variable cualitativa politómica	Matriz de datos	Tipo de complicaciones
	Hospitalización	Una complicación deriva de la acción de hospitalizar, la cual hace referencia al hecho de internar a un enfermo en una clínica u hospital	Variable cuantitativa discreta	Matriz de datos	Días de internamiento
Característica biológicas	Patología prostática	La patología es la rama de la medicina que estudia las enfermedades y la próstata es una glándula pequeña que tienen los machos unida a la vejiga.	Variable cualitativa dicotómica	Matriz de datos	Tipo de patología prostática

	Antecedentes patológicos personales	Antecedentes patológicos personales como aquellas enfermedades que presentó o presenta una persona.	Variable cualitativa politómica	Matriz de datos	Tipo de Enfermedades que presenta
	Antecedentes patológicos familiares	Hacen referencia a las enfermedades presentes y pasadas de los miembros de una familia	Variable cualitativa politómica	Matriz de datos	Lista de antecedentes de enfermedad prostática en la familia
	Antecedentes Quirúrgicos	Se refiere al recuento de la(s) cirugía(s) a la(s) que la persona ha sido sometida	Variable cualitativa dicotómica	Matriz de datos	Lista de antecedentes quirúrgicos
Características sociales	Edad	Años que tiene una persona desde que nace hasta el momento de recopilación de datos.	Variable cuantitativa discreta	Matriz de datos	Edad en años cumplidos
	Estado civil	Condición de una persona en relación con su matrimonio o no, que se hacen constar en el registro civil.	Variable cualitativa politómica	Matriz de datos	Condición civil al momento de recopilar la información
	Ocupación	Hace referencia al trabajo u oficio que desempeña una persona.	Variable cualitativa politómica	Matriz de datos	Tipo de ocupación.
	Nacionalidad	Vínculo jurídico de una persona con un Estado.	Variable cualitativa politómica	Matriz de datos	Tipo de Nacionalidad.
	Escolaridad	Se refiere a los estudios formales que ha realizado una persona.	Variable ordinal	Matriz de datos	Grado de estudios formales.
	Procedencia	Es el lugar de donde procede una persona.	Variable cualitativa politómica	Matriz de datos	Lugar de procedencia

3.8 Instrumento de recolección de datos

Se trata de una recolección de datos secundarios, el cual implica “la revisión de documentos, registros públicos y archivos físicos o electrónicos” (Hernández et al., 2014, p. 261).

Para tales efectos, se revisaron los expedientes clínicos de los usuarios que hayan estado internados en el Servicio de Urología del Hospital Max Peralta Jiménez, ubicado en Cartago. Para el vaciamiento de la información se confeccionó una base de datos en Excel, la cual contempló cada una de las variables en estudio.

3.9 Consideraciones Éticas

Los principios bioéticos deben de estar siempre presentes en toda investigación que se realice con seres humanos. Uno de los principios es la autonomía, que hace referencia a que las personas son “constructores de un imperativo moral que establecen como ley universal de cumplimiento obligatorio” (Leiva, 2010, p.9)

Otro principio es la justicia, la cual es definida por esta misma autora como “ el tratamiento igualitario a todas las personas” (p.8), por lo que al ser objeto de estudio hombres con enfermedades prostáticas , se les trato con los principios de beneficencia y no maleficencia, el principio se define como “contribuir positivamente a su bienestar ” y el segundo se define como “no hacer daño”(Leiva, 2010, p.9), ambos principios que van de la mano y de suma importancia en una investigación , ya es fundamental que no se dañe de ninguna manera a los individuos involucrados y que estos obtengan algo positivo de su participación en el estudio, en el estudio, en la investigación no se realizó ningún daño físico ni mental a los participantes ya que se respetó las respuestas que dieron.

Para garantizar el cumplimiento de estos principios bioéticos se realizó el trámite de aprobación de esta investigación ante el Comité de Bioética Clínica del Hospital Max Peralta de Cartago, el cual es el ente encargado de la reflexión bioética ante las investigaciones biomédica (CCSS, 2016).

3.10 Análisis de la información

Los datos obtenidos de la base de datos del software Microsoft Excel ® fueron tabulados para generar los gráficos y tablas, mediante promedios, valores absolutos y relativos, todos ellos analizados mediante la estadística descriptiva.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos como producto de la revisión de los expedientes y posteriormente se realiza una discusión de los mismos.

4.1. Presentación de los resultados

4.1.1. Resultados relacionados con las características sociales

A continuación, se presentan los resultados relacionados con las características sociales de los varones con enfermedad prostática, atendidos en el servicio de urología del Hospital Max Peralta durante el 2015.

Tabla 1. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según edad, lugar de procedencia, estado civil y escolaridad, 2015.

(Frecuencias absolutas (*f*) y relativas (*F*), n=63)

Características	Frecuencias	
	<i>f</i>	<i>F</i>
Edad		
< 50	2	3,17
50 a 59	34	53,97
60 a 69	27	42,86
Total	63	100,0
Lugar de procedencia		
Turrialba	8	12,70
Paraíso	7	11,11
El Guarco	7	11,11
San Rafael	5	7,94
Cartago	4	6,35
Tres Ríos	4	6,35
Otros	28	44,44
Total	63	100,0
Estado civil		
Casado	45	71,42
Soltero	7	11,11
Unión libre	5	7,94
Divorciado	3	4,76
Viudo	1	2,32
No indica	2	3,17
Total	63	100,0
Escolaridad		
Primaria Completa	30	47,61
Primaria Incompleta	14	22,22
Secundaria Completa	7	11,11
Secundaria Incompleta	1	1,58
Universidad Completa	6	9,52
Ninguna	2	3,16
Sin datos	3	3,74
Total	63	100,0

Fuente: Expedientes del Servicio de Urología, Hospital Max Peralta de Cartago.

De acuerdo con los resultados expuestos en la tabla 1, las enfermedades prostáticas afectan principalmente a varones mayores de 50 años, con una incidencia del 96,83%, siendo el grupo mayormente afectado el comprendido por las edades de los 50 a 59 años, que representa más

de la mitad de la población. Los varones menores de 50 años son quienes menor incidencia presentan con un 3,17%.

Respecto de los lugares de procedencia, los mayormente afectados por patología prostática son: en primer lugar Turrialba (12,7%) seguido por Paraiso y el Guarco con 11,11% cada uno, el tercer lugar lo ocupa el cantón de San Rafael (7,94%) y el cuarto lugar lo comparten los cantones de Cartago y Tres Ríos con 6,35% cada uno.

En relación con el estado civil, es importante acotar que la mayoría se encontraba en una relación de matrimonio formal (71,4%), mientras que los viudos fueron los menos afectados por enfermedades prostáticas (2,32%).

Por su parte, la variable correspondiente a la nacionalidad de las personas participantes de este estudio, el 93,06% son de origen costarricense y el restante 6,94% era originario de otros países.

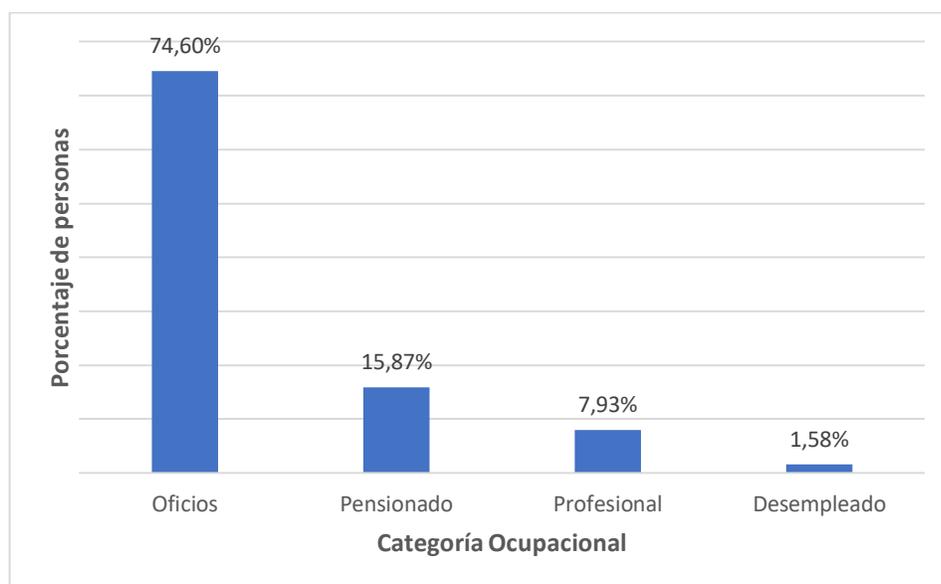
Por otra parte, la religión fue otra de las características identificadas, siendo que la mayoría de los varones practican o se autodenominan como católico (85,71%), a esta le siguen los practicantes de la religión evangélica (11,11%), y un 1,58% indica que es testigo de jehová. Obsérvese que un 1,58% no se identifica con ninguna religión.

Finalmente, con la escolaridad, la mayor parte de la población tienen un nivel de primaria, siendo que 47,61% la completaron y 22,22% no la completaron, lo que representa más de la mitad de la población. Los niveles educativos altos como secundaria completa o universitarios representan tan solo un quinto de la población (20,63%).

En la figura 1, obsérvese los datos que corresponden a la ocupación de la población en estudio. Se destaca que la mayoría de los hombres (74,60%) tiene una ocupación en trabajos

tipo oficio, seguido por aquellos quienes se encuentran pensionados (15,87%), quienes ejercen como profesionales (7,93%) y los desempleados (1,58%).

Figura 1. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según ocupación, 2015. (n=63)

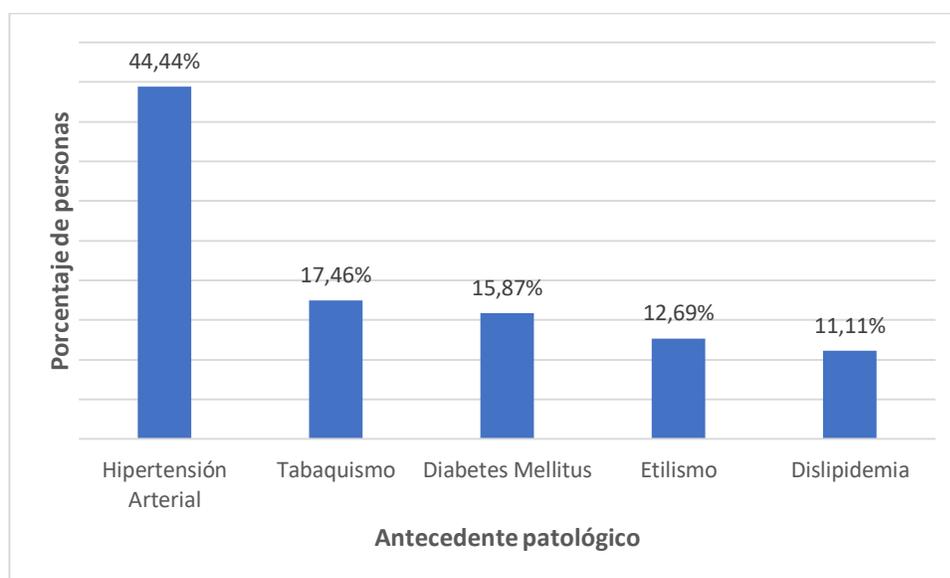


Fuente: Expedientes del Servicio de Urología, Hospital Max Peralta de Cartago.

4.1.2. Resultados relacionados con las características biológicas

Según las características biológicas, los antecedentes patológicos personales de los hombres en una mayoría (60,31%) presenta alguna patología de fondo. Únicamente un 39,68% refiere no tener antecedentes patológicos al momento en que se colectaron los datos. (Véase la figura 2)

Figura 2. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según patología, 2015. (n=63)



Fuente: Expedientes del Servicio de Urología, Hospital Max Peralta de Cartago.

En relación con los antecedentes patológicos personales más comunes, las patologías más frecuentes entre los varones son: en primer lugar la Hipertensión arterial (44,44%), el Tabaquismo (17,46%), la Diabetes mellitus (15,87%), seguido por el Etilismo (12,69%) y la Dislipidemia (11,11%). Además 22,22% de las personas refieren otros antecedentes patológicos personales.

Por otra parte, en relación con los antecedentes quirúrgicos 39,68% han sido sometidos a algún procedimiento quirúrgico previamente, mientras que 60,31% no lo ha sido.

A continuación, se presentan la distribución de las especialidades quirúrgicas a las que han sido sometidos quienes tienen antecedentes quirúrgicos.

Tabla 2. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según especialidad quirúrgica, 2015. (Frecuencias absolutas (*f*) y relativas (*F*), n=63)

Especialidad quirúrgica	Frecuencias	
	<i>f</i>	<i>F</i>
Cirugía general	14	74,89
Ortopedia	9	23,07
Oftalmología	3	7,69
Neurocirugía	2	5,12
Urología	2	5,12
Otros	5	12,82
Total	39	100,0

Fuente: Expedientes del Servicio de Urología, Hospital Max Peralta de Cartago.

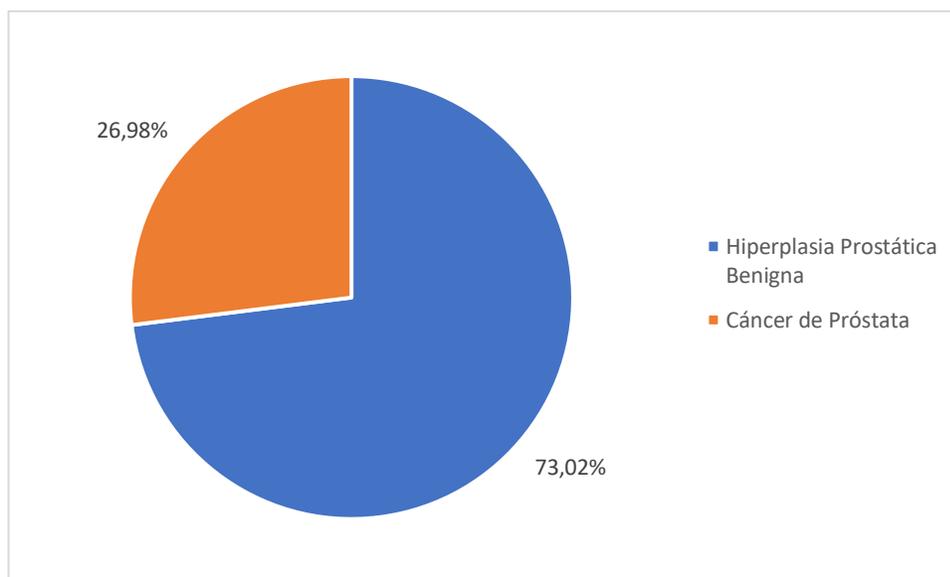
De las 63 personas reportadas en los expedientes, 39 cuentan con antecedentes quirúrgicos. El 74,89% se sometieron a procedimientos quirúrgicos de cirugía general, 23,07% cirugías ortopédicas; 7,69% cirugías oftalmológicas, y por último se sometieron en menor medida a procedimientos de neurocirugía y urología con 5,12% cada uno.

En relación con los antecedentes heredo-familiares, un 84,12 % desconocía al momento de su valoración, si existía en su familia algún familiar con enfermedad prostática. El 14,29% restante tiene la siguiente distribución respecto de esta variable: 9,52% tiene padre o hermanos con antecedentes de cáncer de próstata y 4,77% padre o hermanos con hiperplasia prostática benigna. Finalmente, 1,58% no registraba el dato.

4.1.3. Resultados relacionados con la patología prostática

Véase en la figura 3, la distribución de la enfermedades prostáticas que presentan los varones de la investigación, siendo que el 73,02% presentan hiperplasia prostática benigna y el otro 26,98% tiene cancer de próstata.

Figura 3. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según tipo de patología, 2015. (n=63)



Fuente: Expedientes del Servicio de Urología, Hospital Max Peralta de Cartago.

En la tabla 3 se detallan los síntomas más frecuentes, evidenciándose cómo los síntomas urinarios son los que la mayoría comparte. Como síntoma más común se encuentra la disminución del flujo de orina (41,26%), seguido por la nicturia (34,92%), la dificultad para orinar (29,98%), la disfunción eréctil (17,46%) y la disuria (15,87%).

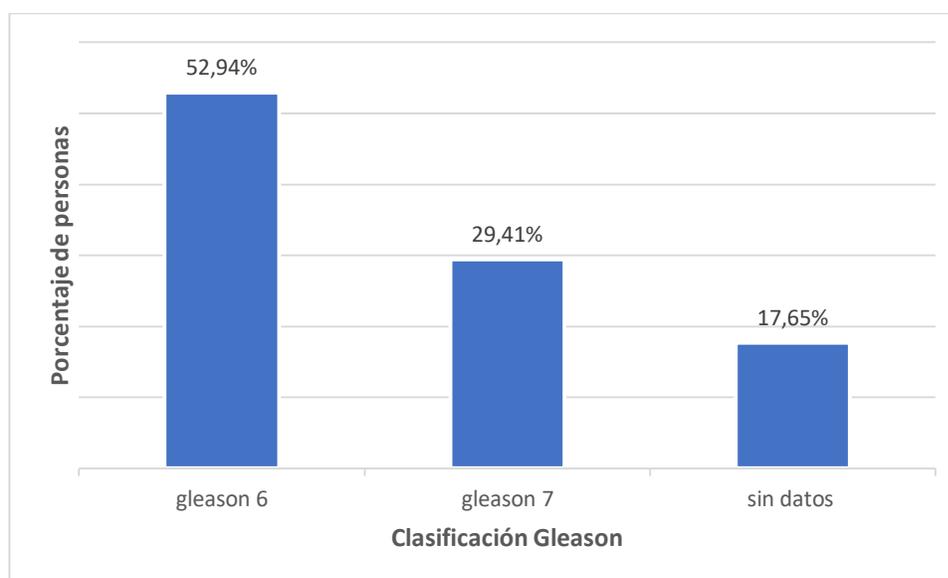
Tabla 3. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según sintomatología previa al internamiento, 2015. (Frecuencias absolutas (*f*) y relativas (*F*))

Síntomas previos al Internamiento	Frecuencias	
	<i>f</i>	<i>F</i>
Disminución del flujo de orina	26	41,26
Nicturia	22	34,92
Dificultad para Orinar	17	29,98
Disfunción eréctil	11	17,46
Disuria	10	15,87
RAO	9	14,28
Tenesmo	8	12,69
Urgencia miccional	8	12,69
Polaquiuria	7	11,11
Hematuria	7	11,11
Goteo	6	9,52
Vaciamiento incompleto	6	9,52
Pujo vesical	4	6,34
Micción intermitente	4	6,34
Incontinencia urinaria	3	4,76
Dolor suprapúbico	2	3,17
Asintomático	2	3,17

Fuente: Expedientes del Servicio de Urología, Hospital Max Peralta de Cartago.

Los datos obtenidos, reflejados en la figura 4, muestran cómo un 52,94% de los varones con cáncer de próstata tienen una clasificación Gleason de 6, el cual sugiere un riesgo leve. Se encuentra seguido por el Gleason 7 (29,41%) que sugiere riesgo moderado y finalmente los que no contaban con el dato (17,65%)

Figura 4. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con cáncer de próstata según clasificación Gleason, 2015. (n=63)



Fuente: Expedientes del Servicio de Urología, Hospital Max Peralta de Cartago.

Tabla 4. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según tipo de cirugía realizada y complicaciones postquirúrgicas presentadas, 2015. (Frecuencias absolutas (*f*) y relativas (*F*) n=63)

Tipo de Cirugía Realizada	Frecuencias	
	<i>f</i>	<i>F</i>
Resección transuretral de la Próstata (RTU)	47	74,60
Prostatectomía radical	15	23,81
Adenomectomía transvesical	1	1,58
Total	63	100,0
Tipo de complicación		
Sangrado	5	62,50%
Incontinencia Urinaria	1	12,50%
Disuria	1	12,50%
Total	8	100,0

Fuente: Expedientes del Servicio de Urología, Hospital Max Peralta de Cartago.

La tabla 4 evidencia que la resección transuretral de la próstata es el procedimiento quirúrgico más utilizado para la resolución de la patología prostática (74,60%) seguida por la prostatectomía radical (23,81%) y la adenomectomía transvesical (1,58%).

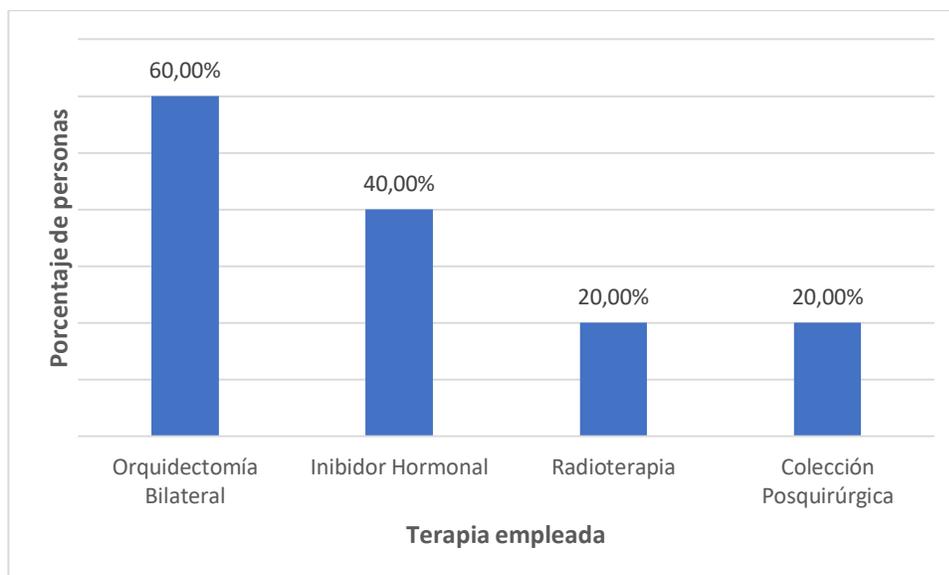
Fue poco común la presencia de complicaciones quirúrgicas (84,12%); sin embargo, un pequeño grupo (15,88%) sí presentó alguna complicación quirúrgica. Además, se puede observar que las complicaciones post quirúrgicas más frecuente son el sangrado que ocupa el primero lugar con 62,50% de incidencia, seguida por la incontinencia urinaria (12,50%), disuria (12,50%) y la Trombosis Venosa Profunda (12,50%).

En relación con el uso de terapia coadyuvante, los resultados evidencian que la tendencia es la utilización del tratamiento coadyuvante. En el posquirúrgico, el 100% de los varones no recibió tratamiento en el prequirúrgico, mientras que del total de los varones únicamente un 7,93% recibió tratamiento en el posquirúrgico. La distribución del tratamiento empleado se muestra en la figura 5.

Es importante resaltar que el tratamiento posquirúrgico mayormente utilizado es la orquidectomía bilateral (60%), seguida por la terapia con inhibidores hormonales (40%). Además, uno de los participantes sometido a orquidectomía bilateral fue adicionalmente tratado con radioterapia.

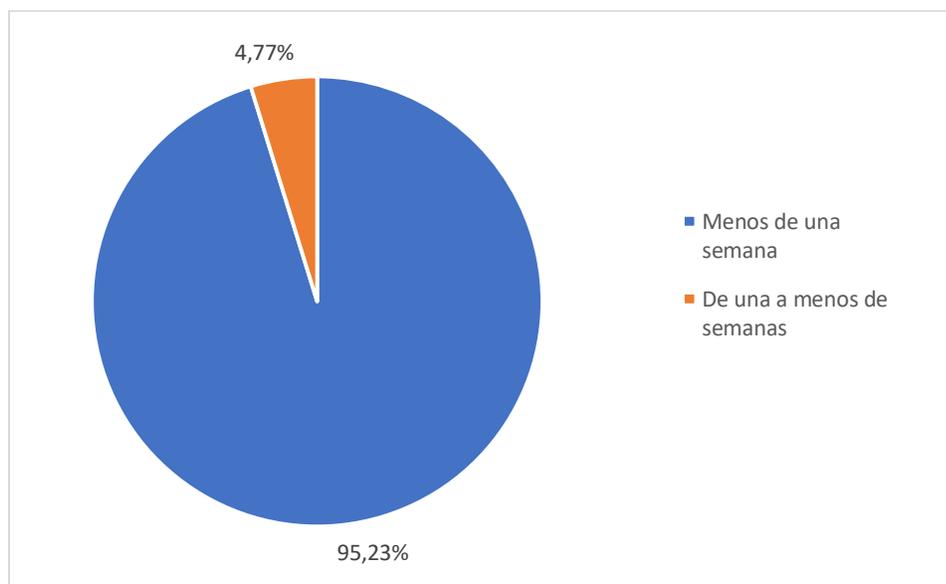
Por otra parte, en cuanto al tiempo de hospitalización de las personas menores de 75 años con enfermedad prostática sometidas a cirugía, el promedio fue de 3,95 días, siendo la distribución la que se muestra en la figura 6.

Figura 5. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según tipo de terapia postquirúrgica empleada, 2015. (n=63)



Fuente: Expedientes del Servicio de Urología, Hospital Max Peralta de Cartago.

Figura 6. Hospital Max Peralta de Cartago. Distribución de los hombres adultos con enfermedad prostática según tiempo de hospitalización, 2015. (n=63)



Fuente: Expedientes del Servicio de Urología, Hospital Max Peralta de Cartago.

4.2. Discusión de los resultados

Existen diferencias epidemiológicas en la forma y causas de morbimortalidad entre varones y mujeres. Así, por ejemplo, lo más básico es la diferencia en cuanto expectativa de vida (mayor en mujeres que en varones) a lo que se agrega mayor prevalencia de enfermedades de alta mortalidad como el infarto agudo de miocardio, las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y la hipertensión arterial (Jiménez, 2013).

En relación con lo anterior, las enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes mellitus, la Hipertensión arterial y el Cáncer son la principal causa de morbimortalidad en la población adulta mayor (González y Cardentey, 2018). El proceso de envejecimiento ha sido identificado como “el factor de riesgo individual más importante para el cáncer” (Sociedad Americana de Oncología Clínica, 2012, p. 6).

Haciendo referencia al caso específico de las enfermedades prostáticas, analizadas en este estudio: el Cáncer de próstata e Hiperplasia Prostática Benigna, los resultados obtenidos reflejan cómo a partir de los 50 años aumenta el riesgo de padecer alguna patología prostática, siendo que más de la mitad de los expedientes recopilados para este estudio corresponden a varones con una edad ubicada en la franja entre los 50 a 59 años. Esto es consecuente con la literatura, la cual señala el factor edad como factor de riesgo para padecer de ambas patologías (Rubinstein et al., 2013; Jiménez et al., 2017).

Algunas investigaciones realizadas también vinculan la edad con la patología prostática, así por ejemplo, Ferris, García, Berbel y Ortega (2011), quienes mencionan que existe una relación directamente proporcional entre la mayor edad y el aumento del riesgo de desarrollar cáncer de próstata.

Por otra parte, en cuanto a la procedencia, fue notorio que la provincia de Cartago, específicamente el cantón de Turrialba es el que presenta mayor incidencia (12,7%), si bien es necesario mayor cantidad de información e investigación del cantón que permita dilucidar las causas de esta cifra, haciendo un poco de inferencia se identifican tres posibles elementos causales: el factor étnico, identificado en la teoría como factor de riesgo para el padecimiento de enfermedad prostática (Smeltezer et al., 2014; Matson y Grossaman, 2014). Lo anterior por cuanto en Turrialba existe una elevada cantidad de personas afrodescendientes, lo cual es expuesto por el Ministerio de Salud de Costa Rica al mencionar que en Turrialba existe una alta autoidentificación de las personas como “mulatas”, palabra que hace relación al hecho de descender de población africana (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2017).

El segundo factor, es el factor edad, expuesto como factor de riesgo al inicio de este capítulo. De acuerdo con el Atlas de Desarrollo Humano, de la Universidad de Costa Rica (2016), Turrialba tiene una esperanza de vida de 80,1 años, el segundo en la provincia de Cartago, solo superado por el cantón de La Unión, cuya esperanza de vida es de 81,6 años.

En tercer lugar, el factor comportamiento, relacionado con los estilos de vida. De acuerdo con datos de la CCSS (2018), Turrialba ocupa el segundo lugar en mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la provincia de Cartago, así como también ocupa el primer lugar en la tasa de mortalidad por Diabetes y el cuarto puesto por mortalidad por etilismo – cirrosis. Haciendo el análisis desde la literatura, es necesario recordar que aunque no existe mucha evidencia que lo respalde, la existente hasta ahora vincula el cáncer con factores de comportamiento como el factor nutricional, estrechamente

relacionado con la enfermedad cardiovascular, y el consumo de alcohol (Smeltezer, 2014; Jiménez, 2014).

Por otra parte, en relación con el estado civil se identifica que la mayor parte de los varones (79,36%) tiene una pareja formal. La discusión que esto genera es si el hecho de contar con pareja es o no un factor protector para el padecimiento de enfermedad prostática.

Un análisis superficial podría concluir que el hecho de contar con una pareja no es un factor protector para la prevención de la enfermedad prostática, dado que la mayor parte de los varones estudiados tienen pareja. Sin embargo, cambiando la perspectiva surgen varios puntos válidos: en primer lugar, la literatura no describe el estado civil como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad prostática, pero tampoco lo sugiere que como factor preventivo, sin embargo hilando muy delgado y haciendo un poco de inferencia con el enfoque de género podemos evidenciar el hecho de tener una pareja como factor preventiva para el diagnóstico precoz y prevención de complicaciones asociadas a la enfermedad prostática.

Bonino (2001), señala que, por cuestiones de los roles de género culturalmente asignados, los varones se desligan de su propio autocuidado, recayendo esta tarea en gran medida en las mujeres. Tomando esta referencia en cuenta, podría interpretarse que, en parte, el hecho de que la mayoría de los varones diagnosticados con enfermedad prostática tenga una pareja formal, podría estar relacionado con un impulso de la mujer para que sus parejas varones consulten a los servicios de salud.

Lo anterior también se refuerza con el hecho de que la mayor parte de los diagnosticados esté en la franja etaria de los 60 años en adelante, edad a la cual los varones comienzan a acogerse a sus retiros. Quizá el hecho de que estén más tiempo en sus casas junto con sus

parejas permita que estas se enteren de que los varones están presentando síntomas urinarios y los impulsen a realizarse el diagnóstico. Esto también puede confrontarse con el hecho de que la mayoría de los varones (52,4%) tengan una clasificación Gleason 6, la cual hace referencia a cáncer leve (Matson y Grossman, 2014).

La escolaridad fue otro de los elementos analizados en este estudio. Los resultados reflejan que la mayoría de la población cuenta con un nivel de primaria (incompleta: 47,61%, y completa: 22,22%) y su ocupación se desarrolla en el ámbito no profesional principalmente en oficios (tales como agricultura, ganadería, zapatería, entre otros). Tal como lo expone la OMS, la educación es un Determinante Social de la Salud (DSS), es decir uno de los factores en los que las personas, nacen, crecen y se desarrollan que provoca inequidades en salud (OMS, 2019; OMS, 2008).

Los datos encontrados evidencian cómo, son los que menos escolaridad tienen, quienes son más vulnerables a enfermarse por causa de una enfermedad prostática. El factor educativo podría explicar el porqué las personas no acuden a los servicios de salud, lo cual se relaciona en la forma en que la educación afecta la salud como DSS.

En primer lugar, la educación está relacionada con un mayor desarrollo cognoscitivo, dado que la misma fortalece el funcionamiento del cerebro a través de la formación de conexiones nerviosas. Lo anterior, está relacionado con la comprensión de información escrita y hablada. Por otra parte, la educación también está relacionada con la adopción y generación de comportamientos asociados al buen desarrollo. Por último, los determinantes sociales están asociados con otros determinantes sociales, este último se refleja por ejemplo en la capacidad de las personas de acceder a un mejor empleo y consecuentemente tener

más recursos para tener estilos de vida saludable, una mejor alimentación, etc. (Ministerio de Salud Peruano, 2008)

A la luz de lo anterior, se denota la importancia de la educación como factor estructural. Podría inferirse que la educación alcanzada evidencia de manera fehaciente cómo las enfermedades afectan de acuerdo con el estrato social en el que se encuentren las personas, ya que como se observó en los resultados, la mayor parte de las personas afectadas por patología son personas con bajos niveles de escolaridad, quienes consecuentemente tienen empleos del tipo oficio. Podría decirse tal cual se expuso, en este caso también, la escolaridad afecta de forma multifactorial sobre la incidencia de enfermedad prostática, posiblemente estos varones no logren darse cuenta de que sus síntomas son motivo de consulta, lo cual tiene que ver con la parte cognoscitiva y la adopción de comportamientos saludables; tal como lo encontraron Silva, Souza y Pinheira (2011), la escolaridad se relaciona con “una mayor conciencia en salud” (p. 156).

Por otra parte, en este estudio es evidente la relación entre la educación y otros determinantes sociales de la salud, lo cual, por ejemplo, se manifiesta en el tipo de ocupación de los varones estudiados, quienes en su mayoría se ocupa en labores tipo oficio, en las que la remuneración es baja. De esta relación se derivan algunos cuestionamientos que pueden dar una idea de cómo se afecta esto a la incidencia de enfermedad prostática, y es que ¿cuánto representa desde el punto de vista económico a estas personas el acceso al diagnóstico? La respuesta podría plantearse en términos de dinero, tiempo, accesibilidad, etc. Sería importante vincularlo también con el tipo de seguro que tienen las personas, para determinar si son en su mayoría asegurados directos, voluntarios o por el estado, ya que por

ejemplo el hecho de tener que adquirir un seguro voluntario para acceder al diagnóstico, repercute directamente en el desarrollo y progreso de una enfermedad.

En relación con los antecedentes patológicos personales de los varones, los cinco antecedentes tienen que ver con padecimientos relacionados con el estilo de vida o comportamentales (Hipertensión arterial 44,44%, Tabaquismo 17,46%, Diabetes Mellitus 15,87%, Etilismo 12,69% y Dislipidemia 11,11%). El que este tipo de enfermedades sea la más prevalente no es casual, Los estereotipos sociales propios de la masculinidad hacen que el varón tienda a adoptar el consumo excesivo de alcohol, tabaco, grasas animales y colesterol, además de la no consulta al médico, esto como una representación de su fuerza y vigorosidad. (Bonino, 2002; Enterman y Pelman, 2014).

La investigación ha identificado algunos factores exógenos como factores riesgo para el desarrollo de patología prostática, como el alto consumo de grasa y azúcares refinados, el tabaquismo, el etilismo, la obesidad y el sedentarismo. (Jiménez et al., 2017; Smeltzer et al., 2014) así como patologías como la diabetes, la hipertensión y las cardiopatías (Smeltzer et al., 2014).

Como se observa existe concordancia entre los factores que identifica la teoría como factores de riesgo con los antecedentes patológicos encontrados. Sin embargo, no se cuenta con evidencia de investigaciones realizadas en la que se investigue los antecedentes patológicos y su relación con la incidencia de enfermedad prostática.

En relación con la patología prostática, se evidencia que la patología prostática más frecuente entre los varones atendidos en el servicio de urología fue la de Hiperplasia Prostática Benigna por encima del cáncer de próstata. Lo anterior es consecuente con lo expuesto por Rubinstein et al. (2013), quienes señalan que la hiperplasia prostática benigna

es el principal motivo de consulta urológico del varón. Pese a lo anterior resulta contradictorio que, siendo la patología prostática más prevalente en el varón, es de la que menos investigaciones se encuentran. Lo anterior repercute en la búsqueda de mejoras para el abordaje de estas personas y su patología.

Lo mismo sucede en el caso de los síntomas más frecuentes, los cuales son principalmente urinarios. Esto coincide con lo que exponen Grossman y Matson (2014) y Smeltzer et al., (2014) quienes establecen que en ambas patologías los síntomas urinarios son los primeros en aparecer. No obstante, aunque existe correspondencia entre los resultados de esta investigación y la literatura, llaman la atención algunos elementos que pudieran ser explicados por el modelo de masculinidad predominante.

Solo el 41,26% de los varones refiere el principal síntoma reportado: la disminución del caudal de la orina. A este síntoma le siguen la nicturia (34,92%) y la dificultad para orinar (29,82%). Esto es consecuente con la literatura, la cual establece que usualmente al inicio las enfermedades prostáticas en estudio se manifiestan por síntomas asociados a la disminución del calibre del tracto urinario (Álvarez y Lázaro, 2017; Jiménez et al., 2017; Smeltzer et al., 2017).

Pese a lo anterior, es llamativo el hecho de que como lo evidencian los datos, ninguno de los síntomas está presente en la mayoría de los varones, es decir, ninguno supera el 50% de aparición. Ante esto, la interrogante es ¿por qué?. Como es sabido la literatura sobre enfermedades prostáticas y las características de quienes las padecen es escasa, por lo que no es de extrañar que la causa no haya sido explorada. Sin embargo, haciendo una lectura desde la masculinidad, las creencias matrices de la misma podrían ofrecer respuestas.

En primer lugar, la creencia matriz de la masculinidad hegemónica: la belicosidad heroica, podría explicar en parte estos datos. Esta creencia es la que exige que el varón sea fuerte al dolor, que resista, que sufra con dignidad, etc. (Bonino, 2002), de lo anterior se deriva que el hecho de reconocerse débil, de expresar su dolor podría ser una muestra de no ser “tan hombre”, lo cual explicaría la poca cantidad de hombres con presencia de síntomas. Además, esta misma autosuficiencia podría conducir a que los varones le resten importancia a los cambios fisiopatológicos que comienzan a aparecer.

Sin embargo, también puede estar relacionado con la otra creencia matriz que se expone a continuación, la cual, tiene que ver con la superioridad del varón por encima de las mujeres y el repudio hacia las mismas y hacia cualquier varón poco masculino. Además, tal cual lo expone Bonino (2002) la masculinidad hegemónica es falocéntrica; la virilidad masculinidad es parte del sostén de la masculinidad. Podría derivarse de estas dos ideas, expuestas por Bonino, que el admitir tener un problema que involucra el principal signo de “hombria”: sus órganos reproductores, podría cuestionar la masculinidad masculina. Es decir, al cuestionar la veracidad de la masculinidad del varón, el mismo se ve cercano hacia su figura antagónica: la mujer -a quien repudia por ser inferior-, lo cual podría generar angustia y temor, y ante estos sentimientos que trastocan la masculinidad, el varón opta por omitir la presencia de los síntomas en la consulta médica.

Finalmente, un dato relevante, relacionado con el Cáncer de Próstata, tiene que ver con que a la mayor parte de los varones se le diagnostica la enfermedad en un estadio temprano (Gleason 6: 52,94%; Gleason 7: 29,41%). Tal cual lo señala la Asociación Americana del Cancer (2018), entre mayor sea la clasificación Gleason mayor es el riesgo de que el cáncer crezca y se propague, lo que quiere decir que la mayor parte de los varones tiene un cáncer

de bajo riesgo. Las razones de estos datos pueden estar relacionadas con datos que ya se abordaron, como por ejemplo con la importancia del órgano masculino, la existencia de una pareja que fomente el autocuidado o la búsqueda de la salud, entre otras.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

El Cáncer de próstata y la Hiperplasia prostática benigna son dos enfermedades presentes en el contexto epidemiológico actual de Costa Rica, por lo cual es importante el abordaje y estudio de las mismas, a fin de conocer mejor las características y necesidades del grupo de varones que las padece.

Las enfermedades prostáticas son un grupo de enfermedades poco exploradas en el contexto nacional. De ellas, la Hiperplasia Prostática Benigna es la más inexplorada, no solo en Costa Rica, sino en el mundo, lo que aumenta el valor de la producción científica.

Se identifica que los varones con bajo nivel educativo y con categorías ocupacionales de menores ingresos son más propensos a sufrir de enfermedades prostáticas, por lo que es importante que las acciones de prevención en salud estén dirigidas y adaptas a este grupo poblacional.

Las enfermedades prostáticas afectan principalmente a varones en edad de retiro o jubilación. El tiempo disponible y el compartir con la pareja y seres queridos, podría propiciar el diagnóstico de las enfermedades prostáticas.

Dado que la mayor parte de los varones con enfermedad prostática se encuentra vinculado a una pareja, se evidencia la importancia de la pareja como apoyo e impulso para que el varón preste atención a su salud.

Debido a que la mayoría de los varones con Cáncer de próstata son diagnosticados en estadios tempranos, se infiere que los varones consultan con la aparición de los síntomas lo cual puede estar relacionado con la importancia que los mismos atribuyen a sus órganos reproductivos.

Aunque los síntomas expuestos por la literatura como más comunes aparecen también en esta investigación, la frecuencia de aparición de estos pone evidencia la influencia de la masculinidad hegemónica sobre la percepción de la propia salud.

Se reconoce que, los enfermeros especialistas en enfermería ginecológica obstétrica y perinatal pueden aportar acciones propias, desde el conocimiento enfermero, que permita abordar a la población masculina con una visión amplia que involucre la comprensión de los procesos fisiopatológicos, el abordaje desde el enfoque de género y las repercusiones sobre la familia.

5.2. Recomendaciones

Es necesario fortalecer la formación sobre el enfoque de género, ya que el mismo permite comprender la forma en que varones y mujeres crecen, se desarrollan dentro de la sociedad, así cómo conciben e interpretan su entorno social.

Se recomienda aprovechar el departamento de archivo y los expedientes como de la CCSS como una fuente valiosa de información, la cual permite comprender de segunda mano, pero de forma confiable, la realidad de los habitantes de Costa Rica y el comportamiento de las enfermedades.

Es menester aumentar y fomentar la investigación del varón y su implicación en su propia salud y en la de su familia, a fin de comprender cómo la masculinidad se manifiesta y actúa en la sociedad costarricense.

También es importante la investigación sobre el comportamiento de las enfermedades prostáticas en Costa Rica, ya que, lejos de las investigaciones relacionadas con datos epidemiológicos, son escasas las investigaciones sobre estas patologías.

Es necesario que Costa Rica emita y adopte más y mejores políticas dirigidas a la atención de salud del varón, ya que se evidencia como una inequidad en salud el hecho de que no exista una política dirigida a la salud masculina.

Es necesario desarrollar más procesos investigativos que permitan determinar, de forma más objetiva, características de la población masculina afectada por las enfermedades prostáticas, a fin de mejorar el abordaje de estas.

REFERENCIAS

- Andrade, L. y Countinho, G. (2010). *Análisis de variaciones de uso de material y cálculo de scrap estándar en los procesos de ensamble y empaque en una planta de productos de afeitado, usando la filosofía.* Consultado el 11 de junio del 2018, de http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAQ7408_1.pdf
- Asurza, H. (2006). *Glosario básico de términos estadísticos.* Lima, Perú: INEI. Consultado el 18 de mayo del 2018, de <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicacionesdigitales/Est/Lib0900/Libro.pdf>
- Berríos, R., y Rivero, A. (2015). El cáncer prostático en la experiencia de la pareja: La mujer como guardiana de la salud. *Revista Interamericana de Psicología*, 49(3), 387-398. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2016-56142-009>
- Brenes FJ, Milozzi J. Síndrome prostático (hiperplasia benigna de próstata). En: Brenes FJ, Ibarz L. "Urología 2000 APS". Programa de Formación SEMERGEN (Casos clínicos de referencia en atención primaria). 1ª Unidad Didáctica. Madrid: Meditex; 2000. p. 9-23.
- Brenes FJ, Ródenas JL. HTA y síndrome prostático con retención aguda de orina. En: Brenes FJ, Romero R. Casos clínicos de hipertensión Arterial asociada a Síndrome Prostático. Programa de Formación 2001. 1a Unidad Didáctica. Madrid: Meditex; 2001. p. 35-40.
- Borbón, L. (2010). *Uso de herramientas básicas de calidad y manufactura esbelta como alternativa para la reducción de desperdicios en una línea de proceso en la industria automotriz.* Consultado el 12 agosto del 2018, de <http://www.bidi.uson.mx/TesisIndice.aspx?tesis=20526>
- Burgos Rodríguez R, Chicharro Molero JA. Hiperplasia benigna de próstata. En: Jiménez Cruz JF, Rioja Sanz LA. Tratado de Urología. Barcelona: Ed. J.R. Proas; 1993. p. 1035-50.
- Caballero Alcántara, J., & otros. (2001). Aumento de la tasa cruda de la incidencia del cáncer de próstata en nuestro medio. *Actas Urológicas Españolas*, 624-627.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2011). *Guía de Atención del Cáncer de Próstata. I Nivel de Atención.* Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2011). *Informe Estadístico de Recursos y Servicios de Salud 2000-2011.* Cartago: Caja Costarricense de Seguro Social.

- Cañedo, C., Curbelo, M., Nuñez, K. y Zamora, R. (2012). *Los procedimientos de un sistema de gestión de información: Un estudio de caso de la Universidad de Cienfuegos*. Revista de Bibliotecología y Ciencias de la Información Biblios, (46), pp. 50-50.v Consultado el 03 de mayo del 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/161/16124393005.pdf>
- Cardona, C. y Restrepo, A. (s.f.). *Herramientas de control: lista de chequeo*. Consultado el 23 de junio del 2018, de http://puntosdeencuentro.weebly.com/uploads/2/2/3/6/22361874/listas_de_chequeo.pdf
- Castro Díaz D, Postius Robert J. Urología en AP. Barcelona: Ed. Pulso; 2001.
- Centro de Investigación y Desarrollo. (2009). Guía para la presentación de gráficos estadísticos. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Consultado el 19 de agosto del 2018, de <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/metodologias/libro.pdf>
- Chinchilla, J (2009). *Diagrama SIPOC*. Consultado el 02 de agosto del 2018, de <http://engindustrial.blogspot.com/2009/08/modelo-sipoc.html>
- Departamento de Auditoría y Sistemas de Información. (2015). *Los cinco por qué (Five Whys)*. Chile: Universidad Arturo Prat. Consultado el 10 de agosto del 2018, de <http://www.mpuga.com/Docencia/Informacion%20Para%20Las%20Decisiones/Los%20Cinco%20por%20ques.pdf>
- De Keijzer, B. (2001). Los hombres ante la salud sexual-reproductiva: una relación contradictoria. *Salud y Género, AC*, 1-17.
- De la Rossette JJMCH, Deric KE, van der Schoot DKE, Debruyne FMJ. Recents developments in guidelines on benign prostatic hyperplasia. *Curr Op Urol* 2002; 12:3-6.
- Gobierno de Chile. Sub secretaria de la salud pública.(2011). Situación actual de la Salud del hombre en Chile.
- González, M. (2015). *Aplicación de la Metodología Seis Sigma en una empresa de diseño, venta y producción de artículos publicitarios*. Sevilla, España: Universidad de Sevilla. Consultado el 11 de junio del 2018, de <http://bibing.us.es/proyectos/abreproy/5564/fichero/Aplicaci%C3%B3n+de+la+Metodolog%C3%ADa+Seis+Sigma+en+una+empresa+de+dise%C3%B1o.pdf>
- Grajales, T. (2000) *Tipos de Investigación*. Consultado el 12 de junio del 2018, de <http://tgrajales.net/investipos.pdf>
- Granado de la Orden, S., Saá Requejo, C., & Quintás Viqueira, A. (2006). Situación epidemiológica del cáncer de próstata en España. *Actas Urológicas Españolas*, 574-582

- Heidenreich, A., & otros. (2009). Guía de la EAU para el Cáncer de Próstata. *Actas Urológicas Españolas*, 113-126.
- Hernández, R, Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Distrito Federal, México: McGraw-Hill.
- Hernández C, Moncada I. Hiperplasia benigna de próstata. Madrid: Ed. Luzán; 1999.
- Hurtado, J. (2000). *Metodología de la investigación holística (3ª ed.)*. Consultado el 05 de julio del 2018, de <https://metodologiaecs.files.wordpress.com/2015/09/metodologia-de-investigacion-holistica-3ra-ed-2000-jacqueline-hurtado-de-barrera-666p.pdf>
- Keijzer, B. (1997). *El varón como factor de riesgo. Masculinidad, salud mental y salud reproductiva*. Veracruz, México: Tuñón, Esperanza.
- López, P. (2016). *Metodología de las 5 S y su contribución para la mejora continua en los sistemas de gestión. Secretaría de Integración Económica Centroamericana*. Consultado el 07 de julio del 2018, de <http://www.uvg.edu.gt/DQF/Coinferencia-jueves-18-02-2016-Dra.Palmira-Lopez-Fresno/5S%20y%20mejora%20gestionPalmiraLopezFresnoenv.pdf>
- López, I., Sánchez, F., García, G. (s.f.). *Implementación del método antierrores: PokaYoke*. Mnedoza, Argentina: Universidad Tecnológica Nacional. Facultad Regional San Rafael. Consultado el 23 de junio del 2018, de http://www.edutecne.utn.edu.ar/coini_2013/trabajos/COA12_TC.pdf
- Martínez, M. (2012). *Implementación de la metodología six sigma para la reducción de merma de pvc y pet en el proceso de sellado de blíster con tarjeta*. Zaragoza, México: Instituto Ecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Consultado el 01 de junio del 2018, de <https://repositorio.itesm.mx/bitstream/handle/11285/628621/CEM336219.pdf?sequence=1>
- Mebust WK. Selection of the surgical procedure for management of benign prostatic hyperplasia. *Prog Clin Biol Res* 1994; 386:369-84.
- Membrado, J. (2013). *Metodologías avanzadas para la planificación y mejora*. Consultado el 15 de mayo del 2018, de <https://ebookcentral.proquest.com>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2012). *Causa observada*. Consultado el 11 de agosto del 2018, de <http://diccionario.raing.es/es/lema/causa-observada>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2012). *Coste*. Consultado el 11 de agosto del 2018, de <http://diccionario.raing.es/es/lema/coste-variable>

- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2012). *Defecto*. Consultado el 11 de agosto del 2018, de <http://diccionario.raing.es/es/lema/defecto>
- Monge, G. (2013). *Disminución de desperdicios en el proceso de recubrimiento de espuma en empresa manufacturera de arneses del Noroeste de México*. Consultado el 12 agosto del 2018, de <http://www.bidi.uson.mx/TesisIndice.aspx?tesis=23054>
- Informe de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. El Cairo 5 a 13 de septiembre 1994. Naciones Unidas.
- Núñez, M. (2007). *Las variables: estructura y función en la hipótesis*. Investigación Educativa, 11(20), pp. 163-179. Consultado el 25 de mayo del 2018, de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/educa/article/viewFile/4785/3857>
- Palacios, L. (2009). *Ingeniería de métodos, movimientos y tiempos*. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.
- Philips. (2018). *Historia*. Consultado el 13 de junio del 2018, de <https://www.philips.es/a-w/about-philips/perfil-de-la-empresa/historia.html>
- Philips. (2015). *Philips completa la adquisición de Volcano: adquisición amplia la posición de liderazgo global de Philips en el mercado de terapia guiada por imágenes*. Consultado el 13 de junio del 2018, de <https://www.philips.com/a-w/about/news/archive/standard/news/press/2015/20150217-Philips-completes-acquisition-of-Volcano.html>
- Position of the American Dietetic Association and Dieticians of Canada. Vegetarian diets. Journal Am Diet Assoc 2003; 748-765.
- Programa especial para la mejora de la gestión en la administración federal 2008-2012. (2008). *Herramientas para el análisis y mejora de procesos*. México. Consultado el 13 de junio del 2018, de http://bsc-virtual.org/archivos/Guia_Herramientas_de_Mejora.pdf
- Quintanilla, L., Diéguez, E., Pérez, A. y Núñez, J. (2005). *Herramientas para la solución de problemas técnicos para ingenieros industriales II*. La Habana, Cuba: Universidad de Matanza Camilo Cienfuegos. Consultado el 13 de junio del 2018, de <http://docplayer.es/11766741-Universidad-de-matanzas-camilo-cienfuegos-departamento-de-ingenieria-industrial.html>
- Quintero-Cayola S, Pereda-MeiraC, García-Figaredo I, et al. Factores de riesgo relacionados con las lesiones precursoras del carcinoma prostático en el INOR. Rev Mex Patol Clin 2005;52(1):59-62.

- Rivero, A., Berríos, A. (2016). El cáncer de próstata y la construcción social de la masculinidad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1), 164-190. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/309/280>
- Robbins, Cotran, Kumar, Collins (2000). Patología estructural y funcional. 6ª ed. Madrid; Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 1111-1137.
- Rodríguez, M. y Tamayo, I (2011). Responsabilidad individual en la detección temprana del cáncer de próstata. Santiago de Cuba .Medisan, vol. 5
- Romero, E. y Díaz, J. (2010). *El uso del diagrama causa-efecto en el análisis de casos*. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos, 40(3-4), pp. 127-142. Consultado el 23 de mayo del 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/270/27018888005.pdf>
- Ruiz, M., y Escolar, A. (2005). La mortalidad por cáncer de próstata en andalucía: aportaciones al cribado poblacional. *Actas Urológicas Españolas*, 41-46.
- Shabbir, M., y Mumataz, F. (2004). Benign prostatic hyperplasia. *J R Soc Health*,124.
- Steers WD, Zorn. (1995). Benign prostatic hyperplasia. *Dis Mon* 41:437.
- Súchil L. (2001). Epidemiología del cáncer de próstata. *Rev Oncología* 3, 11-21.
- Terrazas, R. (2011). *Planificación y programación de operaciones*. Revistas Perspectivas, (28). Consultado el 19 de julio del 2018, de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rp/n28/n28a02.pdf>
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fonseca, P., Fernández, H., y Tobón, S. (2006). Calidad de vida relacionada con salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 47-56. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/798/79890206.pdf>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (s.f.). *Áreas de mejora en una PYME de alimentos*. Consultado el 12 de agosto del 2018, de <http://www.ptolomeo.unam.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/132.248.52.100/73/A5.pdf>
- Walter, S. (2009). *Identificación de la problemática mediante Pareto e Ishikawa*. Consultado el 02 de agosto del 2018, de <https://ebookcentral.proquest.com>

ANEXOS

Anexo 1: Carta de aprobación

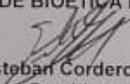
 <p style="text-align: center;">Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social TEL (506) 519-3044</p> 	
<p>CLOBI-HMP-003-15 02 de diciembre de 2015</p>	
<p>Título del proyecto: "Características Sociales, Culturales y Económicas presentes en la Población Masculina con Enfermedades Prostáticas que fueron Hospitalizados en el Hospital Max Peralta durante los meses de Diciembre del 2015 y Enero del 2016"</p>	
<p>Número de protocolo asignado: CLOBI-HMP-003-2015</p>	<p>Sesión CLOBI-CCSS: X y XI Fecha: 28-10 y 25-11 del 2015</p>
<p>Nombre del investigador principal: Peggy Crawford Arce</p>	<p>Grado Académico: Licenciatura en Enfermería</p>
<p>Lugar de Trabajo: Hospital Dr. Max Peralta Jiménez</p>	
<p>Dirección: San José, Desamparados, San Miguel, Higuito, Calle Valverde, Urbanización Veracruz, casa 26 F.</p>	
<p>Teléfono: 8455-9566</p>	<p>Correo electrónico: pecra15@gmail.com</p>
<p>Facsimile:</p>	<p>Beeper: NA</p>
<p>RESOLUCION TOMADA POR EL CLOBI-CCSS</p>	<p>RECOMENDADO</p>

ANÁLISIS DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

El Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI-CCSS) revisó, en las sesiones ordinarias X y XI 2015, celebradas el 28 de octubre y el 23 de noviembre del 2015, la propuesta de investigación mencionada. Al respecto, una vez analizada la documentación correspondiente, el CLOBI-CCSS avala dicha propuesta.

Por lo anterior, y considerando que para que un estudio tenga validez científica debe el protocolo contemplar la descripción de todos los procedimientos que se llevarán a cabo para que sus resultados puedan ser reproducibles, el Comité Local de Bioética en Investigación acuerda, por unanimidad de sus siete (7) miembros presentes, **RECOMENDAR** esta propuesta de investigación. **ACUERDO FIRME** (por consenso)

COMITÉ LOCAL DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN


 Dr. Esteban Cordero Hidalgo
 Presidente



Jeniffer D

Copia Dra. Krisia Díaz Valverde, Directora General
 Licda. Rosaura Calvo Fernández, Departamento de Estadística
 -Peggy Crawford Arce
 Archivo CLOBI-HMP-III-2015

