

*UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE AVILA*



TÍTULO: Intervención Educativa sobre Cáncer de Próstata en el área de Sanguily.

Autor: Dr. Gabriel Del Toro Cuba

TRABAJO EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL

2017

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE AVILA
POLICLÍNICO DOCENTE JUAN OLIMPIO VALCARCEL
MUNICIPIO VENEZUELA

TÍTULO: Intervención Educativa sobre Cáncer de Próstata en adultos jóvenes en el área de salud de Sanguily.

AUTOR (A): **Dr. Gabriel Del Toro Cuba**

Residente de segundo año en la especialidad de MGI.

TUTOR (A): **Dr. Ariel Suárez Suárez**

Especialista de 1er Grado en MGI.

Diplomante en Oftalmología.

TRABAJO EN OPCION AL TITULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO DE
MEDICINA GENERAL INTEGRAL

2017

PENSAMIENTO

Yo suelo olvidar mi mal cuando curo el mal de los demás. Yo suelo no acordarme de mi daño más que cuando los demás pueden sufrirlo por mí.

José Martí

AGRADECIMIENTOS

A mi Mamá y mi papá por su apoyo incondicional.

A mi tutor que con tanta delicadeza y paciencia fue de una ayuda inestimable en la confección de esta investigación.

DEDICATORIA

A mis padres a quien les debo todo lo que soy

RESUMEN

Se realizó un estudio preexperimental (antes y después) con el objetivo de evaluar un programa de intervención educativa sobre Cáncer de Próstata en adultos jóvenes en el consultorio No 4 del municipio Venezuela en el período comprendido de, marzo de 2016 a enero del 2017. La muestra fue no probabilística e intencional y estuvo conformada por 40 adultos jóvenes entre 25 y 45 años que cumplieron con determinados criterios. Los principales resultados nos muestran que antes de aplicar el programa de intervención educativa existía un nivel de conocimientos inadecuado sobre el temático Cáncer de Próstata en la población de estudio, luego de haber aplicado el programa de intervención se elevó el mismo.

Palabras Clave: Cáncer de Próstata, nivel de conocimientos, intervención educativa.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	1
Objetivos.....	5
Marco Teórico.....	6
Material y Método.....	17
Análisis y Discusión de los Resultados	24
Conclusiones.....	30
Recomendaciones.....	31
Revisión Bibliográfica	
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuáles el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales. ⁽¹⁾ El cáncer es la principal causa de mortalidad a nivel mundial. Aproximadamente el 72% de las defunciones por cáncer ocurridas en 2007 se registraron en países de ingresos bajos y medianos. El número de defunciones anuales mundiales por cáncer seguirá aumentando y llegará a unos 12 millones en 2030. En todo el mundo se diagnostican unos 700.000 nuevos casos al año; lo que representa el 11,7% de todos los tumores masculinos ⁽²⁾. En España se detectan unos 13.300 casos anuales, lo que supone casi el 14% de todos los tumores en hombres. Anualmente se producen en este país alrededor de 6.000 muertes por este diagnóstico (el 10% de todos los fallecimientos por cáncer entre varones). En comparación con otros países desarrollados, la tasa española es baja (36 nuevos casos por cada 100.000 habitantes), pero la enfermedad muestra una tendencia al alza desde la década de los 90. ⁽³⁻⁵⁾ En Venezuela el Cáncer de Próstata ocupa el tercer lugar como causa de muerte en el varón y es mas frecuente en hombres de 70 años. La mortalidad es de 2.1x1000 hombres. La mayoría de estudios epidemiológicos sugieren que la incidencia en el Cáncer de Próstata se ha incrementado en los últimos años, pero esto puede darse en parte al perfeccionamiento de la detección y comunicación de los casos de Cáncer de Próstata. ⁽⁶⁾ Mientras en los países en vías de desarrollo es el sexto tumor más habitual (por detrás del cáncer de pulmón, estómago, hígado, esófago y colon), en los países desarrollados su frecuencia ha aumentado muy rápidamente en la última década, probablemente por el diagnóstico precoz, y en muchos países es el primero en frecuencia entre los hombres, muy por delante del cáncer de pulmón (Norteamérica, Australia y Europa del Norte principalmente). Las tasas de supervivencia indican que, en el mundo occidental, el 92% de los varones diagnosticados sobrevive al menos cinco años después de su diagnóstico; y el 67% supera los 10 años. El pronóstico de la

enfermedad mejora cuando se detecta a tiempo, y se calcula que un 58% de los tumores se diagnostica en esta fase aún localizada. ⁽⁷⁾

El cáncer en Cuba constituye la segunda causa de mortalidad general y primera de años potenciales de vida perdidos, siendo el indicador de mayor impacto en la esperanza de vida al nacer. Cada año se diagnostican más de 27 mil nuevos casos de cáncer y se registran más de 18 mil fallecidos. La incidencia y la mortalidad continúan su tendencia ascendente, no lográndose el impacto deseado a escala poblacional con las acciones efectuadas y desde el 2008, en 8 de las 16 provincias, pasó a ocupar la primera causa de muerte. ⁽⁸⁾ En estos últimos años la mortalidad por cáncer se ha incrementado en un 4%, de hecho; el riesgo de morir por tumores malignos presenta tendencia ascendente (23.6% incremento) y se observa un incremento constante en los años de vida potencialmente perdidos. Las localizaciones con mayor incidencia son en orden decreciente, pulmón, mama, cérvix, próstata y colon, con mayor letalidad aparecen el cáncer de pulmón y mama. ⁹⁾ El Cáncer de Próstata se desarrolla más frecuentemente en individuos mayores de 50 años y muchos hombres que desarrollan Cáncer de Próstata nunca tienen síntomas, ni son sometidos a terapia. Diversos factores, incluyendo la genética y la dieta, han sido implicados en su desarrollo. Uno de cada seis hombres será diagnosticado de Cáncer de Próstata durante toda su vida, pero sólo uno de cada 32 morirá por esta enfermedad. Los pacientes diagnosticados en estado precoz tienen probablemente mejor pronóstico que los diagnosticados en estado avanzado ⁽¹⁰⁻¹²⁾ Ante la tendencia ascendente de la incidencia y mortalidad por cáncer en Cuba, se genera la necesidad de crear una estructura, capaz de vigilar y captar la información y conocimientos que se recibe de las diferentes fuentes existentes. En el año 2002 el Cáncer de Próstata representó el 16,9% de todos los tumores malignos en el hombre reportados al Registro Nacional de Cáncer en el 2002, excluyendo el de piel, superada solamente por el cáncer de pulmón y con una tasa ajustada a la población mundial de 25,8 por 100 000 habitantes. La tendencia de la mortalidad muestra una estabilidad en los últimos

10 años, con valores de la tasa ajustada por edad a la población cubana, que fluctúa desde 25,8 por 100 000 en 1993 hasta 25,3 en 2004 ⁽¹³⁾

La sociedad masculina sigue sufriendo el aumento de la incidencia cada vez más frecuente de Cáncer de Próstata. Esto se debe principalmente a la poca educación a la población sobre la necesidad de la realización del tacto rectal una vez cumplido los 45 años y al poco adiestramiento del personal de salud en la atención primaria. El tacto rectal, método tan sencillo, económico y eficaz para la detección precoz del Cáncer de Próstata es considerado un tabú por lo que los pacientes se niegan a realizárselo y nuestra área de salud no se encuentra ajena a este problema presentando indicadores desfavorables en cuanto al programa de prevención del cáncer prostático ya que en nuestra comunidad los hombres mayores de 45 años no se realizan el tacto rectal. Las causas están relacionadas con factores culturales, la idiosincrasia de la población, las dificultades objetivas en relación con la pericia del médico de la familia, la ausencia de privacidad en el consultorio, la ausencia de insumos materiales como guantes y lubricantes así como la pobre promoción por parte de los medios de comunicación de la importancia de la realización del tacto rectal a dichos hombres. ⁽¹⁴⁾

Nuestro municipio ha venido presentando tasas desfavorables en cuanto a la incidencia del cáncer se refiere, presentando un total de 143 casos diagnosticados ,de ellos 61 caso son Cáncer de Próstata lo que evidencia el no cumplimiento de la detección precoz de esta patología. El consultorio 4 perteneciente al área de salud Sanguily no se encuentra ajeno a esta problemática presentando en estos momentos un total de 18 casos diagnosticados en estadio avanzados por ausencia de cumplimiento del programa. Por todo lo anterior se ha decidido realizar esta investigación como punto de partida para futuras acciones en la población masculina en las edades previas al inicio del programa.

Problema Científico:

¿Cómo elevar el nivel de conocimientos sobre Cáncer de Próstata en adultos jóvenes en el CMF-4 del área de Sanguily municipio de Venezuela?

Hipótesis:

Si aplicamos un Programa de Intervención Educativa, estaremos elevando el nivel de conocimientos sobre el de Cáncer de Próstata en la población masculina joven

Objetivos:

Objetivos Generales

Aplicar un programa de Intervención Educativa sobre Cáncer de Próstata en adultos jóvenes del Consultorio Médico de la Familia- 4 del Área de Salud de Sanguily.

Objetivos Específicos.

1. Caracterizar la población en estudio según algunas variables sociodemográficas:
 - Edad.
 - Color de la piel
 - Nivel de escolaridad
 - Profesión.
 - Hábito de Fumar

2. Determinar el nivel de conocimientos sobre Cáncer de Próstata antes y después de aplicado el programa de intervención educativa según:
 - Conocimiento sobre el concepto de Cáncer de Próstata.
 - Conocimiento sobre los síntomas del Cáncer de Próstata.
 - Conocimiento sobre los factores de riesgo.
 - Conocimiento acerca de las posibles complicaciones de la enfermedad.
 - Acciones preventivas para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

MARCO TEÓRICO

El Cáncer de Próstata es la entidad que ocupa esta investigación, afecta mundialmente a un número de la población masculina, nuestro país esta implicado en esta entidad y anualmente existe un número importante de defunciones por esta razón. Dentro de los factores de riesgos asociados al Cáncer de Próstata se citan⁽¹⁵⁾.

HISTORIAR FAMILIAR. El 25 por ciento de los casos diagnosticados de Cáncer de Próstata tienen antecedentes familiares. Así, en varones con antecedentes de familiares de primer grado afectados de Cáncer de Próstata el riesgo de manifestar la enfermedad es 2-3 veces mayor.⁽¹⁶⁾

GENÉTICA. La herencia se da en el 10 por ciento de los casos de Cáncer de Próstata. En esta situación la enfermedad suele diagnosticarse antes de los 50 años y presentarse en un estadio más avanzado.⁽¹⁷⁾

RAZA. Se ha observado una mayor incidencia de Cáncer de Próstata en la raza negra, en la que el riesgo es de 1/9 (1/11 en la raza blanca). No se han observado diferencias entre negros africanos o norteamericanos⁽¹⁸⁾.

DIETA. La dieta rica en grasas de origen animal se ha relacionado con una mayor incidencia de Cáncer de Próstata, circunstancia que se ha observado en poblaciones de origen nórdico frente a la de origen mediterráneo. Se piensa que la ingesta de grasa estaría relacionada con la transformación del colesterol en testosterona.

La vitamina D, por su implicación en el metabolismo lipídico, está considerada un factor protector⁽¹⁹⁾.

RADIACIONES IONIZANTES. Las radiaciones ionizantes pueden proceder de tres frentes: la radiación ionizante de fondo, las utilizadas en diagnóstico y tratamiento, y las que se encuentran en las pruebas nucleares o las debidas a ocupación laboral.

Las radiaciones ionizantes son carcinogénicas y se han relacionado con un gran número de neoplasias. En los supervivientes de la bomba atómica que lanzaron

los americanos en Hiroshima y Nagasaki se ha detectado una incidencia superior a la esperada

Leucemias y otros cánceres. Lo mismo ocurre cuando se utilizan los rayos X para el tratamiento de enfermedades como el acné, hipertrofia tímica o adenoidea y espondilitis anquilosante⁽²⁰⁾.

La exposición a radiaciones ionizantes incrementa la incidencia de leucemias agudas y crónicas, enfermedad de Hodgkin y linfomas no Hodgkin, leucemia aguda no linfoblástica, mielofibrosis, melanoma y cáncer de tiroides. Igualmente, la exposición al dióxido de torio predispone a la aparición de angiosarcomas y en los trabajadores de las minas de uranio se ha observado la presencia de cáncer de pulmón tras un período de exposición de 15 a 20 años, por último debe saberse que las radiaciones ionizantes pueden actuar como factor de riesgo del cáncer en general y que los determinantes de su acción son la dosis, el tiempo de exposición y la edad del receptor⁽²¹⁾..

FACTORES HORMONALES. Aunque no parece ser un factor desencadenante, en el Cáncer de Próstata se ha observado que los niveles de testosterona y dihidrotestosterona, así como el número de receptores esteroideos intratumorales, son muy superiores a los de la glándula prostática normal. Por otra parte, es conocido cómo se consigue inducir la aparición del tumor de forma experimental con la administración de andrógenos⁽²²⁾.

MEDIOAMBIENTALES. La incidencia de Cáncer de Próstata es mayor en los países industrializados que en los subdesarrollados. Por otro lado, existe una clara diferencia en la incidencia del Cáncer de Próstata en las distintas zonas geográficas del mundo, siendo ésta muy elevada en EE.UU. y los países nórdicos europeos, y mínima en los países asiáticos. España, geográficamente, esta situada en el grupo de países con una incidencia intermedia. La influencia medioambiental se demuestra en los emigrantes provenientes de zonas de baja incidencia que acuden a otras de gran incidencia. Por ejemplo, en los japoneses que emigran a EE.UU. la incidencia de Cáncer de Próstata se equipara a la de los americanos en la segunda generación

Por último, el riesgo de los trabajadores que están expuestos a metales pesados como el cadmio también es mayor ⁽²³⁻²⁵⁾.

ESTERILIZACIÓN MASCULINA. Diferentes estudios han observado una incidencia 1,7 veces mayor de Cáncer de Próstata en varones a los que se le ha practicado una vasectomía. Aunque unos autores atribuyen este aumento de incidencia a un probable aumento de testosterona tras la vasectomía, otros lo imputan a un sesgo de vigilancia en estos pacientes ⁽²⁶⁻²⁷⁾.

A continuación, comentamos algunos síntomas del crecimiento prostático según las características predominantes en cada apartado en general. Se conoce bien que el Cáncer de Próstata en sus inicios no manifiesta sintomatología directa y que esta se presenta por el crecimiento que afecta la luz de la uretra y compresión de órganos circundantes, así como la infiltración a estratos más profundos son los que orientan los primeros datos clínicos del Cáncer de Próstata por lo anterior tenemos ⁽²⁸⁾

Síntomas Obstructivos: Goteo postmiccional, esfuerzo chorro urinario débil de calibre disminuido, tenesmo vesical.

Síntomas irritativos: Polaquiuria, tención suprapubica y disuria.

Síntomas sexuales: disminución de la función eréctil, eyaculaciones dolorosas, pobre satisfacción sexual, y eyaculaciones sanguinolentas.

Hematuria: al comienzo y terminal (final de la micción)

Síntomas generales: cansancio, anorexia, caquexia, pérdida ponderal.

Síntomas referidos a la enfermedad diseminada: (principalmente óseos) dolor, fracturas espontáneas. ⁽²⁹⁾

Su diseminación ocurre por vía linfática huesos planos y por vía hematógena y continua a vesícula seminales, vejiga, uretra, ganglios pélvicos, sigmoides, recto.

El Cáncer de Próstata sigue un curso natural extraordinariamente variable e impredecible. En algunos pacientes la enfermedad evoluciona con gran lentitud y su estudio clínico es satisfactorio durante 10 años sin tratamiento, en otros casos

muestra diseminación metástasica que culmina rápidamente en la muerte temprana. Hoy se considera que si el hombre viviera 100 años el 90% tendría Cáncer de Próstata. Posterior al tratamiento los síntomas también persisten por lo que se ha implementado programas de rehabilitación de los músculos del piso pélvico para la incontinencia urinaria posterior a cirugía. El tratamiento de los síntomas debe tener seguimiento antes durante y después del diagnóstico del Cáncer de Próstata. ⁽³⁰⁾

El diagnóstico precoz se realizará primero que todo con un alto índice de sospecha, se tendrá presente que todo diagnóstico positivo se realiza a través del interrogatorio, el examen físico y los exámenes complementarios. Se deben tener en cuenta los factores de riesgo y los síntomas ya descritos, procediéndose con el tacto rectal y el antígeno prostático específico. ⁽³¹⁻³⁴⁾

Examen físico general: Está destinado a detectar repercusión del tumor en el resto del organismo. Se debe hacer hincapié en la columna lumbosacra, la pelvis, el hígado y el pulmón.

Tacto rectal: Con una sensibilidad del 70 % y una especificidad del 90 % es de suma importancia para valorar tamaño, consistencia, movilidad, delimitación y regularidad de la glándula. Tiene un 50 % de probabilidad de falsos positivos, pero es lo idóneo para el diagnóstico precoz.

Es muy importante que se tenga en cuenta que un diagnóstico precoz presupone que la población de riesgo presenta un nivel de conocimientos adecuados sobre esta temática, por tanto el nivel del mismo representa la piedra angular que nos permite que en la atención primaria de salud se detecten las formas incipientes de la enfermedad. ⁽³⁵⁾

La modelación en el nivel de conocimiento no sólo es útil para la adquisición del conocimiento. Por ejemplo, al diseñar sistemas «multiagente», en los que cada agente tiene sus propios conocimientos, expresados en un lenguaje u otro, es importante establecer en qué medida los agentes pueden colaborar,

complementarse, discrepar, etc., lo que depende del conocimiento de cada uno, no del lenguaje en el que se representa. En los sistemas multiagente lo interesante no es tener agentes con el mismo cuerpo de conocimientos (salvo que convenga tenerlo replicado en distintos lugares) ni agentes con conocimientos disjuntos (no podrían entenderse), sino agentes que tengan parte común (para poder comunicarse) y parte propia (cada uno tiene sus conocimientos particulares, o creencias). Para su aplicación práctica, el conocimiento, que según Newell es algo genérico que se atribuye al agente para explicar el «porqué» de su comportamiento, se estructura para enfocarse más bien en el «cómo» (pero sin entrar en la implementación en el nivel simbólico), y se considera formado por tres componentes:

- El modelo de tareas define los objetivos y sus interrelaciones.
- Los métodos de resolución de problemas (PSM) materializan el conocimiento estratégico (de control) para la realización las tareas. Son una concepción más ambiciosa de los antiguos «motores de inferencia», que eran dependientes del lenguaje de representación.
- El modelo del dominio, que especifica el conocimiento al cual se aplican los métodos.

Esto se concreta, con esos nombres o con otros, y se integra en metodologías detalladas, que estructuran los tres componentes en jerarquías de clases, establecen relaciones entre ellos, y proponen lenguajes para la representación. ⁽³⁶⁾

En las últimas dos décadas se ha venido utilizando con mucha fuerza las intervenciones educativas para elevar y mejorar los conocimientos sobre diferentes temáticas, el tema Cáncer de Próstata no escapa a esta tendencia.

Se define la intervención educativa como:

“una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o

instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas y de la sociedad en general".⁽³⁷⁾

Objetivos de la intervención

La intervención psicoeducativa, se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, por tanto, serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recursos.

Contenido de la intervención

Constituye la esencia de la intervención y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades.

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se conciencien de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas.⁽³⁸⁻⁴²⁾

Contexto de desarrollo

Se identifican dos tipos de escenarios:

- Contexto artificial: la intervención se realiza en lugares especiales preparados para tal fin.

- Contexto natural: la intervención se desarrolla en los espacios donde se sitúan los individuos o los grupos a los que va destinada la intervención. Eudoro y colaboradores en una investigación realizada con los residentes y especialistas en Medicina General Integral de Venezuela, formados en Cuba, en los estados: Amazonas, Apure, Anzoátegui, Barinas, Bolívar, Carabobo, Cojedes, Delta Amacuro, Guárico, Miranda, Nueva Esparta, Táchira, Zulia, donde los médicos seleccionados están ubicados en zonas fronterizas, comunidades indígenas, zonas de difícil acceso pertenecientes al Batallón 51 del ejército de Venezuela en este contexto se obtuvieron resultados que demuestran la utilidad de los procesos de intervención en la elevación del nivel de conocimientos, donde el 12% de los médicos generales tenían un nivel de conocimientos adecuados antes de la intervención y después de la misma el nivel de conocimientos se elevó en un 91.8%.

Siempre, debe adquirir una especial relevancia la representatividad ecológica de los diseños, aunque estos se desarrollen en una situación artificial. ⁽⁴³⁾

Destinatarios de la intervención

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio.

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación:

- El nivel individual, entendido como tratamiento individualizado.

- El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización.
- El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etcétera. ⁽⁴⁴⁾
- **Funciones de la intervención**

Se pueden contemplar cuatro funciones:

- **Terapéutica:** desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado.
- **Preventiva:** está dirigida a evitar la aparición de dificultades. Se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades.
- **Desarrollo:** no pretende cubrir déficit ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque “no problemático”, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social.
- **Intervención Social:** desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser ‘instrumento - agente de cambio social. ⁽⁴⁵⁾

En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores

identifican como única función de la intervención la prevención. Sin embargo, actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo el déficit en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan intervención social. ^(45,46)

Agentes de la intervención

Dependiendo de los distintos modelos de intervención adoptados, podemos encontrar dos tipos de agentes de la intervención:

- Entre profesionales.
- Para profesionales (colaboradores del profesional), como la investigación realizada en el contexto de la Ciudad de la Habana trabajando con profesionales de las ciencias médicas de todas las policlínicas del municipio 10 de octubre de la Dra. Ochandategui Camejo, que expresa resultados que avalan la efectividad de las intervenciones educativas cuando al inicio de su estudio el 85% de los profesionales tenían un nivel de conocimientos insuficientes y luego de haber realizado la intervención el mismo se elevó al 95%. ⁽⁴⁷⁾

El modelo más defendido es el que plantea una acción mediadora y colaborativa entre profesionales directos de la intervención y participantes colaboradores que median en el proceso. La intervención llevada a cabo por un profesional, que se desplaza al lugar de la intervención y desarrolla todo el proceso, posee un corte clínico que ha demostrado ser poco eficaz en el contexto de la intervención social.

Desde los modelos mediadores, no es el profesional quien lleva el peso de la intervención directa, sino son estos para profesionales o colaboradores, insertados en los ambientes concretos, quienes llevan a cabo el programa de intervención con destinatarios de la misma. Este tipo de intervención ha resultado ser más

didáctica y más efectiva a largo plazo. Conlleva unanimidad en la valoración del papel de la intervención, y debe ser pactada y desarrollada en torno a parámetros de participación, corresponsabilidad y cooperación. Los participantes son los que diseñan la intervención, no especialistas externos. A partir de este modelo podemos encontrar dos tipos de agentes:

- Internos (forman parte de la institución desde donde se instaura el programa).
- Externos (colaboran con el proyecto, desde fuera).⁽³⁸⁾

Cuando ambos profesionales colaboran entre sí en un mismo programa de intervención se configura una situación mixta. Un trabajo realizado por la Dra. C. Ana Teresa Fariñas Reinoso de la escuela Nacional de Salud Pública arroja resultados significativos ya que sitúa a los médicos que laboran en contextos de América Latina con necesidades de aprendizaje con niveles bajos 88.6% de conocimientos sobre salud y desastres y luego de haber aplicado un programa de intervención educativa el nivel de conocimientos se elevó a un 92.5 %. Estas modalidades de trabajo están cobrando mucho auge en los últimos años, no solo con fines propios de intervención sino también de investigación, constituyendo toda una línea de trabajo identificada con el término de investigación cooperativa.

Para garantizar un mayor éxito en la intervención es necesario la implicación de las personas que van a formar parte del programa, tanto en la elección como en la planificación, puesta en práctica y evaluación, para que sea concebido como una tarea de equipo. Son las distintas personas implicadas en la tarea de intervención las que deben dar respuesta a las necesidades y, por tanto, las que deben tener la motivación suficiente para llevar a cabo las acciones requeridas, esto se consigue más fácilmente si estas personas participan en las decisiones que afectan a las distintas fases de desarrollo del programa. Si se les presenta como un programa concebido y planificado desde fuera, lo verán como algo ajeno a ellos, lo que puede dar lugar a que no se impliquen en el grado necesario.^(39,40)

Carácter científico de la intervención

La intervención debe relacionarse con la investigación, de modo que permita guiar el proceso de intervención, observar la eficacia de la intervención, valorar el cambio producido e, incluso, validar principios teóricos sobre los que se sustentan los procesos de intervención. Para ello se requiere una sistematización de la intervención, tanto en el diseño como en el desarrollo de la misma, a la vez que una evaluación de los distintos momentos del proceso. Al inicio, como diagnóstico; durante el desarrollo de la misma para corregir y mejorar objetivos y procedimientos; y tras su finalización, con el objetivo de valorar los cambios.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención educativa pre experimental antes y después con el objetivo de evaluar un programa de intervención educativa sobre Cáncer de Próstata en adultos jóvenes del Consultorio Médico de la Familia - 4 en el período comprendido entre marzo del 2016 y enero del 2017. La muestra seleccionada fue no probabilística e intencional y quedó constituida por 40 adultos jóvenes a los cuales se les aplicaron los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

- Que estén aptos físico y psíquicamente
- Que expresen su consentimiento para participar en la investigación.
- Se encuentren en el área en el momento del estudio.

Criterios de exclusión:

- Personas mayores de 45 años de edad.
- Residentes temporales en el área de salud: extranjeros y cubanos.
- Invalidez total o parcial que imposibilite la participación en el programa.
- Residentes del Área que se encuentran fuera de la misma en el momento de la intervención.

Criterios de salida:

- Abandono por decisión propia
- Que se encuentren fuera del área de salud en el momento del estudio
- Fallecimiento en el momento de la investigación.

Pasos de la intervención:

- **Etapa Diagnóstica.** En este punto se obtuvieron los datos primarios a partir de un cuestionario elaborado por el autor y validado por criterio de expertos previo consentimiento informado (anexo 1) teniendo en cuenta elementos

identificados en las siguientes fases:

- Fase 1. Incremento de los casos de Cáncer de Próstata en el municipio.
- Fase 2. Dificultades en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno teniendo en cuenta que el objetivo fundamental de la Atención Primaria de Salud lo constituye las acciones de prevención y promoción de salud.

En estas fases se identificaron problemas que atentaban contra la detección de los riesgos por parte de la población masculina, se aplicó el instrumento (anexo 2) para conocer el nivel de conocimiento de dicha población sobre aspectos relacionados con la enfermedad.

Los conocimientos impartidos sobre Cáncer de Próstata se describen a continuación por temas:

- 1) Concepto y factores de riesgo.
- 2) Sintomatología.
- 3) Complicaciones
- 4) Posibles tratamientos
- 5) Medidas Preventivas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	TIPO	OPERACIONALIZACIÓN		INDICADOR
		DESCRIPCIÓN	ESCALA	
Edad	Cuantitativa continua	Años de vida registrados según fecha de nacimiento por carnet de identidad	-De 25_35 -De 35_40 -De 40_45	Distribución de la población en estudio según edad.
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Según el último grado vencido.	-Secundaria terminada -Preuniversitario -Universitario	Distribución de la población en estudio según grados alcanzados.
Vínculo laboral	Cualitativa nominal dicotómica	Se encuentra ejerciendo alguna profesión u oficio	-Si -No	Distribución de la población en estudio según la vinculación laboral.
Conocimiento sobre el Cáncer de Próstata como enfermedad	Cualitativa nominal dicotómica	Explica que lo que conoce No puede explicar o lo realiza de forma incorrecta .	-Adecuado - Inadecuado	Nivel de conocimiento sobre concepto de Cáncer de Próstata.
Conocimiento sobre los síntomas del Cáncer de	Cualitativa nominal dicotómica	Marca 3 de 5 síntomas Marca 2 o menos.	-Adecuado -Inadecuado	Nivel de conocimiento en cuanto a sintomatología del

Próstata				Cáncer de Próstata
Conocimiento sobre los factores de riesgo	Cualitativa nominal dicotómica	Marca 3 de 4 Factores de riesgo Marca 2 o menos	-Adecuado -Inadecuado	Nivel de conocimiento sobre Los factores de riesgo que propician la aparición de la enfermedad
Conocimiento acerca de las posibles complicaciones de la enfermedad	Cualitativa nominal dicotómica	. Marca 2 de 3 complicaciones Marca 1 o ninguna	-Adecuado -Inadecuado	Nivel de conocimiento sobre las complicaciones del Cáncer de Próstata .
Acciones preventivas para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.	Cualitativa nominal dicotómica	Marca 2 de 3 posibles acciones Marca1 o ninguna	-Adecuado -Inadecuado	Nivel de conocimiento sobre acciones preventivas.

Etapas de Intervención: En esta fase se aplicó la intervención educativa como se diseñó en el programa (anexo 3), procurando un enfoque práctico-situacional en el que las personas generasen conocimientos, el mismo fue creado por el autor y validado por criterios de expertos. El programa educativo constó de 5 temas que fueron impartidos en 10 sesiones: 5 conferencias y 5 clases prácticas; con una

frecuencia semanal, y por espacio de 9 semanas, a dos subgrupos compuestos por 20 integrantes cada uno.

- **Etapas de Evaluación:** Se evaluó el nivel de conocimiento de los adultos jóvenes aplicando el mismo cuestionario (anexo 2) 15 días después de la última sesión de la intervención teniendo en cuenta las mismas categorías de evaluación. Se evaluó cada tema por preguntas y se hizo una evaluación global del cuestionario teniendo en cuenta la escala descrita a continuación:

Escala evaluación del nivel de conocimientos por temas.

Adecuado: Si obtuvo calificación de excelente o bien en preguntas de 6 al 9.

Inadecuado: Si obtuvo calificación de excelente o bien en 3 preguntas o en ninguna.

Escala de evaluación del nivel de conocimientos del cuestionario en general

Adecuado: Si responde con calificación de excelente o bien entre el 90 y el 100% de las preguntas del cuestionario.

Inadecuado: Si responde con calificación de excelente o bien menos del 80% de las preguntas del cuestionario.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

- **Análisis histórico lógico:** se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el curso de su historia, por lo que se emplea en indagar sobre los factores epidemiológicos de las afecciones malignas de la próstata.
- **Análisis síntesis:** Permite penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

- **Inducción – deducción:** Se establecieron generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- **Hipotético – deductivo:** deduce una hipótesis como respuesta al problema.

Entre los métodos empíricos tenemos:

- **La observación:** mediante la misma se conoce la realidad del proceso por el que se requiere diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- **Revisión documental:** permitió hacer un estudio de las tendencias mundiales, de Cuba y del municipio de Venezuela en cuanto al comportamiento del Cáncer de Próstata, la importancia de su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Se utilizaron diferentes técnicas como:

- **El instrumento de recolección de la información:** dada sus características de búsqueda de información rápida y económica se aplicó a la población para identificar el nivel de conocimientos que tienen los mismos acerca del diagnóstico precoz del Cáncer de Próstata.

Procesamiento estadístico: Toda la información recopilada se llevó a una base de datos confeccionada en el programa SPSS versión 13.0 para Windows para su procesamiento. Fue resumida en frecuencias absolutas y porcentos, y para comparar las mediciones efectuadas en dos momentos diferentes, antes y después de la intervención cuando se tiene dos muestras pareadas y se clasifican los individuos según las dos categorías de una variable cualitativa dicotómica, se utilizó la distribución binomial, como las frecuencias esperadas son menores que cinco con una significación del 5% ya que la prueba de McNemar (anexo 4) el estadígrafo es X^2 y se utiliza cuando más del 20% de las frecuencias esperadas es mayor que cinco.

ASPECTOS ÉTICOS

Se llevó a cabo un proceso de negociación con la población explicando detalladamente en qué consistía la investigación, demostrando en cada momento la importancia de su colaboración y veracidad al responder el cuestionario, así como la posibilidad de aportar cualquier elemento que resultara provechoso para corroborar los resultados, respetando su autonomía, dejando explícito el derecho a no participar en la investigación y el anonimato, así como a abandonar el estudio cuando lo estimase conveniente y por último estar de acuerdo con que los resultados de esta investigación puedan ser publicados.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla # 1: Distribución según Edad.

EDAD	Nº	%
25 – 35	11	27.5
35 – 40	16	40
40 – 45	13	32.5
TOTAL	40	100

Fuente. Cuestionario

En la investigación la muestra fue conformada en su mayoría por pacientes entre 35 y 40 años lo que representa un 40% del total y en menor grado los grupos de 40 a 45 con un 32.5%, siguiéndole el grupo de 25 a 35 con un 27.5% del total de la muestra.

TABLA 2: Distribución según color de la piel.

DISTRIBUCION SEGÚN COLOR DE PIEL	NO. DE CASOS	%
Blanca	15	37.5
Negra	20	50.0
Mestizo	5	12.5
TOTAL	40	100

En nuestra investigación la mayoría de la población en estudio son del color de la piel negra (tabla 2), existiendo un total de 20 hombres negros para un 50.0 %, 15 blancos para un 37.5% y 5 mestizos para un 12.5%.

TABLA 3: Nivel de escolaridad de la muestra.

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA	No. DE CASOS	%
Primaria	10	25
Secundaria	20	50
Preuniversitario	8	13.3
Universitario	2	5
TOTAL	40	100

En la tabla anterior se muestra el nivel de escolaridad del grupo en estudio, representando el mayor índice los individuos que culminaron sus estudios del nivel medio lo que corresponde un 50% del total, mientras que el menor porcentaje corresponde a los que solo alcanzaron el nivel universitario representando un 5%.

TABLA 4: Distribución del grupo en estudio según su profesión

PROFESIÓN	UNIVERSO	%
Trabajadores	38	95
Estudiantes	2	5
Desocupados	-	-
TOTAL	40	100

En la tabla 4 se desglosa el grupo según su profesión, donde podemos observar el mayor porcentaje lo constituyen los trabajadores con el 95%, seguidos de los estudiantes con un 5% y la muestra no presenta desocupados.

TABLA 5: Distribución del grupo en estudio Hábito de fumar.

Habito de fumar	No	%
SI	25	62.5
NO	15	37.5
TOTAL	40	100

En la tabla 5 se evidencia la tendencia de la población a un aumento en el hábito de fumar que condiciona un aumento a los factores de padecer de enfermedades oncoproliferativas, con un total de 25 personas fumadoras para un 62.5%.

TABLA 6: Conocimientos acerca del concepto de Cáncer de Próstata

Conocimientos acerca del concepto de cáncer de próstata	ANTES		DESPUÉS	
	No	%	No	%
Adecuado	9	23	37	93
Inadecuado	31	77	3	7
TOTAL	40	100	40	100

Distribución Binomial Significación exacta (bilateral) $p = 0,0$

La tabla 6 muestra el nivel de conocimiento que posee la población sobre el tema demostrándose que 77% de la muestra desconoce sobre la enfermedad y el 23% responde de forma adecuada. Después de realizada la intervención educativa el número de individuos con conocimientos adecuado se elevó a 37 para un 93% y solo un 7% del total se mantuvo con conocimientos inadecuados. Con una confiabilidad del 95% podemos asegurar que existe diferencia estadísticamente significativa en la proporción de población con conocimientos sobre Cáncer de Próstata antes y después de la intervención. Este resultado coincide con un estudio realizado en el contexto de la Ciudad de la Habana trabajando con profesionales de las Ciencias Médicas de todas las policlínicas del municipio 10 de

octubre de la Dra. Ochandategui Camejo, que expresa resultados que avalan la efectividad de las intervenciones educativas cuando al inicio de su estudio el 85% de los profesionales tenían un nivel de conocimientos insuficientes y luego de haber realizado la intervención el mismo se evaluó al 95%⁽³⁶⁾.

TABLA 7: Conocimientos sobre los síntomas del Cáncer de Próstata

CONOCIMIENTOS SOBRE LOS SÍNTOMAS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA	ANTES		DESPUÉS	
	No	%	No	%
Adecuado	13	33	38	95
Inadecuado	27	67	2	4
TOTAL	40	100	40	100

Distribución binomial Significación exacta (bilateral) $p = 0,008$

La Tabla 7 muestra que antes de nuestra intervención solo 33% del grupo encuestado tenían conocimientos adecuados sobre el tema, una vez desarrollada la intervención se eleva este porcentaje a un 95% pues se logran modificar los conocimientos en 38 de los encuestados. Con una confiabilidad del 95% podemos asegurar que existe diferencia estadísticamente significativa en la proporción de población con nivel de conocimientos antes y después de la intervención sobre Cáncer de Próstata.

TABLA 8: Conocimientos sobre los factores de riesgo.

CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO	ANTES		DESPUÉS	
	No	%	No	%
Adecuados	9	23	37	93
Inadecuados	31	77	3	7
TOTAL	40	100	40	100

Significación asintótica. Corregido por continuidad $p = 0,000$

En la tabla 8 presentamos los conocimientos que tienen los encuestados sobre los factores de riesgo. Se obtuvo significación estadística debido a que después de la intervención se logró modificar en gran medida la percepción que tenían, ya que el 93 % de los encuestados modificó sus conocimientos con respecto a lo que constituían grupos de riesgo ya que antes de aplicar la intervención educativa solo el 23% de los encuestados presentaban claras definiciones respecto a este tema. Resulta significativo el incremento del nivel de conocimientos después de la intervención. Coincidiendo con los obtenidos por el Dr. Tirso Miguel Toledo en su estudio Intervención Educativa sobre Urgencias Quirúrgicas, donde el 4% de la población en estudio tenía un nivel de conocimientos insuficientes sobre la temática abdomen agudo antes de la intervención, después de la misma este se elevó a un 82.8%.

Tabla 9: Conocimientos sobre las posibles complicaciones que puedan aparecer.

CONOCIMIENTOS SOBRE LAS POSIBLES COMPLICACIONES QUE PUEDAN APARECER	ANTES		DESPUÉS	
	No	%	No	%
Adecuados	1	3	35	88
Inadecuados	39	97	5	12
TOTAL	40	100	40	100

Significación asintótica. Corregido por continuidad $p= 0,000$

La tabla nos presenta que antes de realizar la intervención educativa solo el 3% de los individuos encuestados tenían una percepción clara de las posibles complicaciones que pueden aparecer con un diagnóstico tardío de la enfermedad al terminar la intervención logramos modificar en un 88% los conocimientos del grupo encuestado. Este resultado nos demuestra la alta efectividad del programa de intervención educativa ya que existe una confiabilidad del 95% por tanto podemos asegurar que existe diferencia estadísticamente significativa en la

proporción de población con nivel de conocimientos antes y después de la intervención sobre Cáncer de Próstata.

TABLA 10: Conocimientos sobre las acciones preventivas para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno

CONOCIMIENTOS SOBRE LAS ACCIONES PREVENTIVAS PARA EL DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO	ANTES		DESPUÉS	
	No	%	No	%
Adecuados	4	10	30	75
Inadecuados	36	90	10	25
TOTAL	40	100	40	100

Significación asintótica. Corregido por continuidad $p= 0,000$

En la tabla 10 se demuestra como después de realizar la intervención educativa se logró elevar a un 75% el nivel de conocimientos del grupo encuestado en cuanto a las acciones preventivas para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Un trabajo realizado por la Dra. C. Ana Teresa Fariñas Reinoso de la escuela Nacional de Salud Pública arroja resultados significativos ya que sitúa a los médicos que laboran en contextos de América Latina con necesidades de aprendizaje con niveles bajos 88.6% de conocimientos sobre salud y desastres y luego de haber aplicado un programa de intervención educativa el nivel de conocimientos se elevó a un 92.5 %.⁽⁴⁰⁾

CONCLUSIONES

El nivel de conocimientos sobre Cáncer de Próstata después de haber aplicado el programa educativo fue adecuado. Esta intervención educativa constituyó una herramienta efectiva para incorporar nuevos conocimientos sobre Cáncer de Próstata en adultos jóvenes y así contribuir a un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

RECOMENDACIONES

Divulgar este tipo de intervención para que pueda aplicarse en otras áreas de salud y en otros niveles de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de Cáncer de Próstata del National Cancer Institute (2007).
2. Barry MJ. Prostate Specific-antigen Testing for early diagnosis of prostate cancer N Engl J Med 2011; 344: 1373 – 7.
3. Carr TW. Natural History of prostate cancer Lonw 2008; 341: 91 – 2.
4. Wilt T. Prostate cancer (non metastatic) Clinvid 2007; 10:1023 – 1038.
5. Prostate cancer N engl J Med 2010; 349: 366 – 81.
6. The Natural History of prostate cancer Urol clin Nam 30 (2003) 219 – 226.
7. The Epidemiology of prostate cancer Urol clin N am 30 (2008) 209 – 217.
8. Screening for prostate cancer: Recommendation and rationale. Ann intern Med 2002; 137: 915 – 916.
9. Screening for prostate cancer Urol clin N am 30 (2008) 239 – 251
10. National Cancer Control Programs. Policies and managerial guidelines: a handbook produced by the World Health Organization Global Programme for cancer control. Geneva: WHO, 2009.
11. Chávez M F, Romero P T, González M S, Lence A J, Santos M T. Riesgo de morir por cáncer en Cuba. Rev cubana Oncol 1997; 13(1):5-11.
12. Smith D W, Hanley G C. Enfermería Médico-quirúrgica. t.1. Ciudad de La Habana: Científico-Técnica, 2008: 22-7.
13. Ministerio de Salud Pública. Cuba. Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer. Ciudad de La Habana: MINSAP. 2008.
14. Noriega P A. Cáncer. Rev cubana Med Gen Integr 2007; 8:214-7.
15. Camacho R R, Fernández G L, Martín G A, Abascal R M, Díez C M. El Programa Nacional de Control del cáncer en Cuba. Rev cubana Med Gen Integral 2006; 10:214-9.
16. Prevención. Tacto rectal una vez al año. Carmen R Alfonso, pag1-4. Dr. Osvaldo Calderón Calderón Hosp. Calixto García 2006.
17. Temas de MGI tomo II –Salud y Medicina Capítulo 24- año 2009

18. Aguiar J, Bohn U, Aguiar D. Epidemiología y etiología del cáncer. En. Gómez Sancho M (Ed) Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Madrid .Aran, 2003,71-80.
19. Lorenzo-Luaces P, Galán Y, Abascal ME. Técnicas estadísticas multivariadas en la investigación epidemiológica. Ejemplo de la prevalencia de factores de riesgo de cáncer en Cuba. Rev Cubana Oncol 2000; 11:55-60.
20. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer. V3.2009.
21. Cuzick J, Otto F, Baron JA, et al. Aspirin and non-steroidal anti-inflammatory drugs for cancer prevention: an international consensus statement. Lancet Oncol. 2009 May; 10(5):501-7.
22. Lieberman DA. Clinical practice. Screening for colorectal cancer. N Engl JMed. 2009 Sep 17; 361(12):1179-87.
23. Cappell MS. Pathophysiology, clinical presentation, and management of colon cancer. Gastroenterol Clin North Am. 2008; 37:1-2
24. Ruijter E, van de Kaa C, Miller G, Ruiter D, Debruyne F, Schalken J. Molecular genetics and epidemiology of prostate carcinoma. Endocr Rev 2000 Feb;20(1):22-45, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10047972>
25. Montgomery RB, Mostaghel EA, Vessella R, Hess DL, Kalhorn TF, Higano CS, True LD, Nelson PS. Maintenance of intratumoral androgens in metastatic prostate cancer: a mechanism for castration-resistant tumor growth. Cancer Res 2008 Jun;68(11):4447-54, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519708>
26. Locke JA, Guns ES, Lubik AA, Adomat HH, Hendy SC, Wood CA, Ettinger SL, Gleave ME, Nelson CC. Androgen levels increase by intratumoral de novo steroidogenesis during progression of castration-resistant prostate cancer. Cancer Res 2008 Aug;68(15):6407-15, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18676866>
27. Stanbrough M, Bubley GJ, Ross K, Golub TR, Rubin MA, Penning TM, Febbo PG, Balk SP. Increased expression of genes converting adrenal androgens to testosterone in androgen-independent prostate cancer. Cancer Res 2006 Mar;66(5):2815-25, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16510604>

28. Furuya Y, Krajewski S, Epstein JI, Reed JC, Isaacs TJ. Expression of bcl-2 and the progression of human androdent prostate cancers. Clin Cancer Res 1996 eb; 2(2): 389-98, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9816182>
29. Taplin ME, Rajeshkumar B, Halabi S, Werner CP, Woda BA, Picus J, Stadler W, Hayes DF, Kantoff PW, Vogelzang NJ, Small EJ; Cancer and Leukemia Group B Study 9663. Androgen receptor mutations in androgen-independent prostate cancer: Cancer and Leukemia Group B Study 9663. Clin Oncol 2003 Jul;21(14):2673-8, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12860943>
30. Tomlins SA, Rhodes DR, Perner S, Dhanasekaran SM, Mehra R, Sun XW, Varambally S, Cao X, Tchinda J, Kuefer R, Lee C, Montie JE, Shah RB, Pienta KJ, Rubin MA, Chinnaiyan AM. Recurrent fusion of TMPRSS2 and ETS transcription factor genes in prostate cancer. Science 2005 Oct;310(5748):644-8, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16254181>
31. Scher HI, Halabi S, Tannock I, Morris M, Sternberg CN, Carducci MA, Eisenberger MA, Higano C, Bubley GJ, Dreicer R, Petrylak D, Kantoff P, Basch E, Kelly WK, Figg WD, Small EJ, Beer TM, Wilding G, Martin A, Hussain M; Prostate Cancer Clinical Trials Working Group. Design and end points of clinical trials for patients with progressive prostate cancer and castrate levels of testosterone: recommendations of the Prostate Cancer Clinical Trials Working Group. J Clin Oncol 2008 Mar;26(7): 1148-59, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18309951>
32. Oh WK, Kantoff PW. Management of hormone refractory prostate cancer: current standards and future prospects. J Urol 1998 Oct;160(4):1220-9, Bubley GJ, Carducci M, Dahut W, Dawson N, Daliani D, Eisenberger M, Figg WD, Freidlin B, Halabi S, Hudes G, Hussain M, Kaplan R, Myers C, Oh W, Petrylak DP, Reed E, Roth B, Sartor O, Scher H, Simons J, Sinibaldi V, Small EJ, Smith MR, Trump DL, Wilding G et al.
33. Eligibility and response guidelines for phase II clinical trials in androgen-independent prostate cancer: recommendations from the Prostate-Specific Antigen Working Group. J Clin Oncol 1999 Nov;17(11):3461-7, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10550143>

34. Heidenreich A, von Knobloch R, Hofmann R. Current status of cytotoxic chemotherapy in hormone refractory prostate cancer. *Eur Urol* 2001 Feb;39(2):121-30, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11223670>
35. Waselenko JK, Dawson NA. Management of progressive metastatic prostate cancer. *Oncology (Huntingt)* 2003 Oct;11(10):1551-60; discussion 1560-3, 1567-8.
36. Ochandategui CAMEJO L. caracterización de la preparación de médicos y enfermeras para enfrentar desastres. Municipio 10 de octubre. Tesis de terminación de residencia en higiene y epidemiología. ISCM-H. Cuba. 2007.
37. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, Dancey J, Arbuuck S, Gwyther S, Mooney M, Rubinstein L, Shankar L, Dodd L, Kaplan R, Lacombe D, Verweij J. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer* 2009 Jan;45(2):228-47, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19097774>
38. Tombal B, Rezazadeh A, Therasse P, Van Cangh PJ, Vande Berg B, Lecouvet FE. Magnetic resonance imaging of the axial skeleton enables objective measurement of tumor response on prostate cancer bone metastases. *Prostate* 2005 Oct;65(2):178-87, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15948151>
39. Scher HI, Mazumdar M, Kelly WK. Clinical trials in relapsed prostate cancer: defining the target. *J Natl Cancer Inst* 1996 Nov; 88(22):1623-34.
40. Reinoso Fariñas AT, Álvarez Mesa N. Conocimientos y actitudes de los colaboradores médicos cubanos sobre desastres. *Rev cubana salud publ [serie en Internet]*. 2009 [citado 2011 Oct 4]; 35 (2): [aprox 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
41. laurenio Toledo TM. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre urgencia quirúrgica un especialista de medicina general integral y licenciado en enfermería. Muelles de los bueyes, Nicaragua (tesis). *Mediciego vol_o* () [citado 13 de septiembre 2016 [: aprox q pantallas]. Disponible www.reumediciego.sld.cu

ANEXO 1

Consentimiento Informado

Yo _____, estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria en la investigación titulada: Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre Cáncer de Próstata en adultos jóvenes del área de salud de Sanguily. Se me informó la necesidad de participar en todas las actividades planificadas.

En caso de no desear continuar puedo voluntariamente irme, sin que esto constituya un problema.

Se me aplicará un cuestionario que he de responder con la mayor sinceridad posible.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento informado junto al autor de la investigación que informó lo antes expuesto.

A los _____ días del mes _____ de 2017.

Firma del participante _____

Autor: _____

ANEXO 2

CUESTIONARIO

EDAD_____

COLOR DE LA PIEL B___ N___ M___

ESCOLARIDAD_____

OCUPACION_____

1. La próstata es un órgano que se encuentra ubicado en:

_____ La mujer

_____ El hombre

_____ Solo los animales

2. Dentro de los factores de riesgo que puede favorecer la aparición de esta enfermedad señale con una x los que pueda identificar

_____ Pacientes mayores de 50 años

_____ Deportistas de alto rendimiento

_____ Hábito de fumar

_____ Ingestión de alimentos bajos en sal y ricos en frutas y vegetales

_____ consumo de bebidas alcohólicas

_____ Viajeros frecuentes de largas distancias

3. Dentro de los síntomas que puede provocar El Cáncer de Próstata señale con una x los que conozca

___Retardo al orinar

___Aumento del apetito

___ Incontinencia urinaria

___ Pérdida de peso

___ Necesidad de acudir en numerosas ocasiones al baño en horas de la noche y la madrugada

___Fiebre continúa

___ Retención completa de orina

4. ¿De presentar los síntomas y no acudir al doctor con rapidez conoce que complicaciones pudiera presentar

___ SI

___ NO

5. Identifique cuál de ellas pudieran aparecer

___ Desarrollo del cáncer a otros órganos

___ Infecciones del tracto urinario de forma frecuente

___ Disminución de la agudeza visual

___ Retención total de la orina

6. Dentro de los exámenes diagnósticos se mencionaba el tacto rectal.

¿Cree usted que es realmente necesario que los pacientes mayores de 50 años acudan a practicárselo a su consultorio?

___ SI

___ NO

7. ¿Puede constituir el Cáncer de Próstata una causa de muerte?

SI___ NO_____ No Sé_____

8. Señale las acciones que se pueden realizar para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

___Acudir al consultorio y realizarse el tacto rectal una vez al año después de cumplidos los 50 años.

___Automedicarse en caso de presentar alguna molestia o dolor.

___Asistir a las consultas de control planificadas por su médico de familia.

___ Ingerir una dieta rica en sal y grasa animal

___Acudir a los servicios de salud en caso de presentar alguna molestia urinaria de forma persistente.

Solo llenar por el investigador:

-Necesidades de aprendizaje detectadas

_____.

-Nivel de información.

Adecuado

Inadecuado

ANEXO 3

Programa Educativo

Título: Conociendo sobre el Cáncer de Próstata

Objetivo General: Que los pacientes masculinos jóvenes alcancen un nivel de conocimiento sobre el Cáncer de Próstata que les permita entender la importancia del tacto rectal una vez llegado los 50 años y las consecuencias de un diagnóstico tardío.

Dirigido a: Todos los individuos masculinos de 25 y hasta 45 años, pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia (CMF- 4) del Área de salud de Sanguily. Municipio Venezuela, la cual se estima en 40 habitantes a pesquisar.

Lugar: Consultorio Médico de la Familia (CMF- 4) del Área de salud de Sanguily Municipio Venezuela.

Profesor: Dr. Gabriel Del Toro Cuba. Residente de segundo año de Medicina General Integral

El curso consta de:

- 5 conferencias de 1 horas de duración cada una para un total de 5 horas.
- 5 clases prácticas de 1 hora y 30 min. de duración cada una para un total 7 horas y 30 min.
- Para un total de 12horas y 30min.

Se realizará con una frecuencia semanal.

Contenidos a impartir por temas.

Conferencia 1. Objetivos.

- Dar a conocer el contenido del Ensayo de Intervención Educativa sobre Cáncer de Próstata.
- Lograr que los integrantes del grupo
 1. Se familiaricen con el proyecto.
 2. Recoger las expectativas del grupo.

Procedimientos:

- Apertura del programa: Se le dará la bienvenida al grupo y se conforman las normas.

- Se ubicarán los miembros del grupo en forma de círculo o semicírculo y se les explicará que su participación es voluntaria pero responsable para obtener los resultados esperados.

- Prendida la chispa de la motivación se provocará un diálogo con los participantes explicando brevemente los objetivos de la estrategia. Se explicará que al finalizar ellos se convertirán en “multiplicadores de salud” lo cual beneficiará a la familia, sus compañeros ya la comunidad.

- Propuestas de la expectativa del grupo: Como su nombre lo indica se expresará lo que esperamos o no de la estrategia. Se nombra un registrador y en una pancarta o pizarra se recogen las expectativas con una sola palabra o frase corta, no para que permanezcan inertes sino para que vivan; que participen con nosotros en todas las sesiones.

Clase práctica 1:

- Se repartirá una hoja de papel donde cada participante expresará de forma anónima su criterio sobre nuestra primera conferencia y sobre su deseo continuar o no en el proyecto.

- Se tratará sobre los mitos y tabúes referente al tema sobre el tacto rectal y la masculinidad en nuestros tiempos.
- Se pedirán opiniones sobre el tema expuesto y se evaluará el cambio de postura o no de cada participante por el evaluador a través de sus opiniones.

Materiales: Hojas de papel, lápices, pizarra y tizas

Conferencia 2. Cáncer de Próstata: factores de riesgo y sintomatología.

Objetivos:

- Conocer: ¿Cuáles son los principales síntomas de alarma?
- Determinar: ¿Cuáles son los principales factores de riesgo de riesgo para desarrollar la enfermedad?

Procedimientos:

- Apoyado en los medios de propaganda del consultorio y tarjetas previamente elaboradas para cada participante se les mostraran la sintomatología que puede provocar esta patología.
- Apoyado en los medios de enseñanza (Pancarta) se les explicara los principales factores de riesgo que posibilitan la aparición de dicha enfermedad.

Clase Práctica 2. Se consolida y ejercita el contenido de la conferencia 2.

- Aplicar la técnica de “Palabras Calientes”, la cual consiste en solicitarle a cada participante que escriban en tres papeletas igual número de palabras y que son las que le hayan resultado más significativas durante la conferencia. Se recogen los papeles y se hacen grupos de palabras afines, las que se anotaran en una pizarra o pancarta con la ayuda de los

propios participantes. Las palabras más coincidentes se seleccionarán y se extraerán las conclusiones.

Materiales: Pancartas, plumones, hojas de papel, lápices, pizarra y tizas.

Conferencia 3: Cáncer de Próstata. Complicaciones y posibles tratamientos.

Objetivos:

- Conocer ¿cuáles son las posibles complicaciones de no existir un diagnóstico oportuno?
- Conocer: ¿Cuáles son los tratamientos que nuestro sistema de salud pone al alcance del paciente con Cáncer de Próstata, así como de las posibles complicaciones de la enfermedad?

Procedimientos:

- Aplicar la técnica de “Palma real”, la cual consiste en representar sobre una hoja de papel un gráfico de la Palma, en sus hojas las complicaciones del Cáncer de Próstata y en sus raíces los factores que lo ocasionan.
- Mencionar algunos tratamientos que se utilizan en nuestro hospital provincial y por parte del personal de nuestra área de salud.

Clase Práctica 3. Se consolida y ejercita el contenido de la conferencia 2.

- Aplicaremos la técnica del “Tesoro Escondido” se les indicará a los participantes buscar tarjetas escondidas en el escenario, al encontrarla tendrán que responder las preguntas que en ellas se hacen de su respuesta dependerá la obtención del obsequio.

Materiales: Hojas de papel y lápices. Tarjetas. Pizarra. Plumones o tizas. Obsequios del tesoro, pueden ser afiches plegables marcadores entre otros, (pero todos relacionados con el tema).

Conferencia 4: Cáncer de Próstata: Acciones a realizar para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Objetivos:

- Conocer ¿cuáles son las acciones a tomar para realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno?

Procedimientos:

- Sentados en un semicírculo comenzaremos a desarrollar este tema que mantiene una importancia extraordinaria para la población, para establecer el diálogo con los participantes proponemos estas preguntas y respuestas.

- Preguntas:

1- ¿Conoce usted alguna acción a tomar para el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno? del Cáncer de Próstata?

- Siendo el Cáncer de Próstata el tumor que ocupa el segundo lugar según frecuencia en el sexo masculino se explicaran las principales acciones preventivas a tener en cuenta.

Clase Práctica 4. Se consolida y ejercita el contenido de las conferencias 4.

- Se formará 4 grupos de 5 participantes cada uno y se les dará diferentes situaciones a cada grupo que deberá dramatizar por separados y de cada situación se les preguntaran sobre las medidas de preventivas que se evidencien por sus participantes.

Materiales: Tarjetas, pañuelos, lápices.

Conferencia 5: Cáncer de Próstata: Consolidación del tema.

Objetivos:

- Integrar todos los conocimientos que se han adquirido en los encuentros anteriores.

Procedimientos:

- Se realizará por parte del profesional una exposición integradora y completa de los temas que se han tratado en los anteriores encuentros abordando los aspectos más relevantes.

Clase Práctica 5. Se consolida y ejercita el contenido de la conferencia 5.

- Se aplicará nuevamente el acápite de la encuesta realizada al inicio de la investigación que nos sirvió de diagnóstico para determinar el nivel de información de la muestra estudiada. Con los nuevos resultados obtenidos podemos comparar y dar a conocer los resultados de ensayo de Intervención Educativa.
- Se darán a conocer los resultados de la efectividad del programa que tendrá como elemento esencial el cuestionario aplicado en el encuentro anterior.
- Se realizará un Positivo, Negativo e Interesante (PNI) del Ensayo de Intervención Educativa.
- A los participantes se les dará como estímulo un certificado que los acredite como Promotores de Salud.

Se concluirá con una actividad recreativa propuesta en los encuentros anteriores.

