

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

Policlínico Universitario Área Norte. Ciego de Ávila

Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre cáncer de próstata en la población masculina de 50 años y más.

Autor: Dr. Yojander China Fernández

Tutora: Dra. Magaly Rita Gómez Verano.

Dra. Dayami Sobrado Carrera.

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de Medicina General Integral.

2018

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

Policlínico Universitario Área Norte. Ciego de Ávila

**Test de sangre oculta en heces fecales como marcador de riesgo en el cáncer colorectal.
Policlínico área norte Ciego de Ávila.**

Autor: Dra. Daymaris Santana Manso. Residente de Medicina General Integral

Tutora: Dra. Magaly Rita Gómez Verano. Especialista de Primer y Segundo grado en MGI.

Máster en Atención Primaria de Salud. Profesora Auxiliar.

**Dra. Dayami Sobrado Carrera. Especialista de Primer grado en MGI. Profesora
Asistente**

Tesis para optar por el título de especialista en 1er Grado de Medicina General Integral.

2018

Pensamiento

La satisfacción radica en el esfuerzo, no en el logro.

El esfuerzo total es una victoria completa.

Mahatma Gandhi

Dedicatoria

Le dedico esta tesis a mi familia, a mi tía Deborah China Fernández, que estuvo a mi lado en los momentos que más lo necesitaba, y en especial a mi Dra. Ada Luisa Veloz Ceballos, que fue la persona que me inculcó el amor por la medicina, quien me ayudó y nunca me dejó rendirme, y a quien el día de hoy, le tengo que dar gracias por ser mejor persona y médico.

Gracias.

Agradecimientos

Agradezco primeramente a mi Dra Ada Luisa Veloz Ceballos, que es para mí más que una madre, me ayudo, apoyo y es a quién le debo que allá podido ser médico,.

A mi tía Deborah China Fernández que ha sido un sostén en mi vida.

A mi esposa Daymari Santana Manso por siempre estar a mi lado y ayudarme a salir adelante en cada momento difícil.

A la Revolución Cubana y a nuestro comandante en jefe Fidel Castro, que me ha dado la oportunidad de formarme como un médico con espíritu solidario y humanitario dispuesto ayudar y contribuir a mejor la salud en el mundo.

A mi tutora Dra. Magali Rita Gómez Verano persona que admiro y respeto por su gran conocimiento y capacidad de enseñanza, que me ha ayudado a formarme.

A todas las personas que han estado de una u otra manera brindándome su apoyo y mejores deseos.

Resumen

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención para elevar conocimientos relacionados con el cáncer de próstata en el consultorio No. 36 del policlínico universitario área norte Ciego de Ávila, en el período enero – diciembre 2017. El universo de estudio quedó constituido por 158 pacientes de 50 años y más. La muestra quedó conformada por 48 pacientes la selección de la muestra se realizó de forma no probabilística e intencional. Para determinar la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadísticas Mc. Nemar. Predominó la edad de 56 a 60 años con un 35.41 % de la vida y la categoría de casados resultó par un 31.10%. El nivel de escolaridad resultó el preuniversitario y universitario por igual para un 35 % cada uno; igualmente la ocupación resultó mayoritaria en profesionales con un 31.00%. Se encontraron diferencias significativas en las evaluaciones antes y después respecto a conocimiento general sobre cáncer de próstata.

Palabras clave: Intervención educativa, cáncer de próstata, conocimientos

INDICE

INTRODUCCIÓN 1

OBJETIVO GENERAL 4

MARCO TEÓRICO 5

METODOLOGÍA 13

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS 18

CONCLUSIONES 25

RECOMENDACIONES 26

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....

ANEXOS.

Introducción

El cáncer constituye un problema de salud mundial, afecta a todos los países, independientemente de la raza, cultura, nivel de desarrollo económico y sistema político. En el mundo entero cada año se detectan unos 10 millones de casos nuevos de cáncer. Actualmente el cáncer constituye la segunda causa de muerte en el mundo. Se prevé que para el 2010, constituya la principal causa de muerte en el mundo, sobrepasará la enfermedad cardíaca, y causará más muertes que el SIDA, la malaria y la tuberculosis combinados. (1)

"La carga del cáncer está cambiando de los países desarrollados a los países en vías de desarrollo", El año pasado, se reportaron alrededor de doce millones de nuevos casos de cáncer, y 7.6 millones de muertes por cáncer. De éstos, 5.6 millones fueron en países en desarrollo, con un estimado de 4.7 millones de muertes por cáncer. (2)

Los índices de la enfermedad aumentan en los países en desarrollo a medida que las personas adoptan estilos de vida occidentales, como fumar, dietas ricas en grasa, comida rápida y menos actividad física. Por lo general, estos países no tienen los recursos para manejar este dramático aumento. Se espera que las poblaciones de estos países crezcan en 38 por ciento para 2030. Y estos países tendrán mayores cantidades de personas mayores a medida que las poblaciones envejecen, aumentando la incidencia de cáncer. (2)

Fumar es el más importante factor de riesgo prevenible para el cáncer y las muertes por cáncer en todo el mundo. Actualmente, aproximadamente 1.3 mil millones de personas fuman. Esta "epidemia de tabaquismo" influenciará el cáncer en los países en desarrollo por muchos años. Hace más de 20 años, la mayor parte del cáncer de próstata se descubría cuando su extensión local o a distancia hacía imposible cualquier tratamiento que pretendiera erradicarlo. A partir de los años 90, con el advenimiento de los análisis sistemáticos del (antígeno prostático específico) PSA y el tacto rectal (TR), se dispararon los diagnósticos de esta patología en fase precoz. (2)

El PSA es una proteína sintetizada en las células epiteliales prostáticas con la función de licuar el coágulo seminal, y que puede detectarse en el torrente circulatorio. El PSA es una serinaproteasa presente en concentraciones elevadas en el esperma, involucradas en la liquefacción del semen y producida por las células epiteliales de la glándula prostática. Esta glucoproteína representa en la actualidad el marcador biológico más sensible del cáncer de próstata. Los valores definidos como normales del mismo según la literatura son de 0 - 4 ng/L (3)

El PSA se encuentra en sangre y se elevan ante este proceso oncoproliferativo, determinadas circunstancias pueden originar falsos positivos como: montar bicicleta, instrumentaciones urológicas, relaciones sexuales y grandes esfuerzos físicos no obstante la literatura recoge que cumpliendo los requisitos establecidos para su realización es efectiva para el diagnóstico y seguimiento (cuando el tratamiento es adecuado disminuyen los valores del marcador). Una vez realizado el diagnóstico de cáncer de próstata por este medio, se puede eliminar mediante cirugía o radioterapia pues el diagnóstico se realiza en etapas iniciales, evitando la aparición de metástasis, y por tanto la mortalidad inherente (4,5).

Un estudio realizado por un Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EEUU (USPSTF) afirma que la evidencia científica muestra que se trata de un test poco útil y que incluso en muchas ocasiones genera más daños que beneficios por lo que no aconsejan esta prueba de forma sistemática, aunque dejan abierta la posibilidad de que cada médico y paciente valoren individualmente su realización (6)

En Cuba el cáncer es la segunda causa de muerte para todos los grupos de edades y la principal causa de muerte antes de los 75 años. Entre los años 1990 y 2000, el crecimiento anual de la mortalidad por cáncer ha sido del 2%, debido fundamentalmente a que las principales causas, cuya eliminación podía haber incidido en la reducción de las cifras de mortalidad, continúan ocupando los primeros lugares: pulmón (tabaquismo), próstata y colon (diagnóstico temprano), mama y cuello de útero (diagnóstico precoz) (7).

En la provincia de Ciego de Ávila hace varios años los tumores constituyen la primera causa de mortalidad, constituyendo las localizaciones de tráquea, bronquios y pulmón (128 casos en el 2008) las más frecuente e íntimamente relacionadas con el hábito de fumar. Le siguen el orden de aparición los tumores localizados en Próstata, Mamas, Colon y cervicouterino. (8)

En el área de salud del policlínico norte de la provincia de Ciego de Ávila la mortalidad por cáncer de próstata según la tasa por años ha sido de 12,11 por 1000 en 2015; tasa de 7,85 por 1000 en 2016 y de 33,26 por 1000 en 2017, por lo que se decidió realizar una intervención educativa para elevar conocimientos sobre el cáncer de próstata y lograr que exista una percepción de riesgo en pacientes masculinos de 50 años y más, utilizando el modelo Precede-Procede, que fue desarrollado para ser utilizado en la salud pública como modelo para intervención de salud y para intervenciones comunitarias en general (9).

Objetivos

GENERAL:

Evaluar la efectividad de la aplicación de un programa de intervención para elevar conocimientos sobre el cáncer en la población masculina de 50 años y más en el consultorio No. 36 de salud Norte de Ciego de Ávila.

ESPECIFICOS:

1. Caracterizar la muestra según algunas variables sociodemográficas en la población de estudio.
2. Aplicar las ocho primeras fases del modelo (PRECEDE)
3. Determinar el nivel de conocimientos sobre el cáncer antes de la intervención.
4. Aplicar una estrategia de intervención diseñada al efecto.
5. Determinar el nivel de conocimientos sobre el cáncer después de la intervención.
6. Definir como valor agregado, el porcentaje de pacientes que se realizaron la PSA indicada en el transcurso del estudio.

Marco teórico

El cáncer de próstata es el cáncer de mayor incidencia en los hombres y es la segunda causa de muerte en este grupo. Este cáncer raramente se ve en hombres menores de 50 años de edad, su incidencia luego de esta edad aumenta rápidamente con cada década. La incidencia ajustada por edad es mayor en los hombres de raza negra (142 .0 por 100.000) así como también la mortalidad por cáncer de próstata en comparación con los hombres de raza blanca (108.0 por 100.000). Los hombres con una historia familiar de cáncer de próstata presentan mayor riesgo de padecer la enfermedad en comparación con aquellos que no la tienen. Otros factores de riesgo además de la edad, raza e historia familiar de cáncer de próstata, son el consumo de alcohol, interacciones de vitaminas y minerales (10).

La morbilidad del carcinoma de próstata clínicamente manifiesto varía en los países a nivel mundial, así como en las razas, por ejemplo: la tasa de presentación en Alemania es de 28.5 x 100,000 hombres, en E.U. es de 41 x 100,000 en blancos y de 72 x 100,000 en negros, en Japón de solo 3.4 x 100,000 hombres, lo que pone de manifiesto una verdadera dependencia de la incidencia del carcinoma prostático de la raza afectada. En los últimos 10 años el carcinoma de próstata ha presentado una elevación tanto en su morbilidad como en su mortalidad en nuestro País (11).

La prevalencia del cáncer de próstata es difícil de cuantificar, la detección del carcinoma de próstata en aproximadamente 20% de los especímenes de cirugías por hiperplasia prostática benigna y de 30% en autopsias de hombres de más de 50 años lleva a pensar que el cáncer de próstata es la forma más prevalente de cáncer en el adulto masculino (12).

Desde el punto de vista etiológico se conoce poco sobre el carcinoma de próstata, no existen datos convincentes que indiquen que la dieta, la profesión, el nivel socioeconómico, los antecedentes de enfermedad infecciosa, las prácticas sexuales, el hábito corporal o los estímulos hormonales sean factores de riesgo significativos. La influencia hormonal sobre el desarrollo de esta patología se demostró por el descubrimiento de receptores de hormonas esteroideas en el carcinoma de próstata, por el exitoso manejo de la enfermedad avanzada con terapia hormonal y por la inducción del desarrollo del carcinoma en forma experimental en animales con la aplicación de hormonas sexuales masculinas ; sin embargo, los niveles de testosterona y dehidrotestosterona se encuentran en concentraciones parecidas tanto en las próstatas normales como en aquellas que presentan carcinoma, lo que hace pensar que los factores responsables de la iniciación del cáncer de próstata son similares para todos los hombres pero distintos de los factores promotores que coadyuvan al desarrollo de esta patología.(13,14)

Se ha demostrado la influencia de los factores genéticos en el desarrollo del cáncer de próstata con un riesgo de dos a tres veces mayor que la población normal en aquellos pacientes que presentan el antecedente de un padre o un hermano que hayan padecido de cáncer de próstata clínico; y dicho riesgo aumenta más de cinco veces si presenta dos o más parientes cercanos con el mismo padecimiento (15,16).

En estadios tempranos el carcinoma de próstata no causa ningún síntoma específico, debido a que más del 70% de los tumores se originan en la zona periférica de la glándula y cuando un nódulo crece lo suficiente como para llegar a causar síntomas obstructivos uretrales, éstos son muy parecidos a los causados por el crecimiento hiperplásico de la glándula prostática: retardo en el inicio de la micción, disminución en el calibre y fuerza del chorro urinario, goteo terminal, tenesmo vesical, es decir, se integra un verdadero síndrome obstructivo urinario bajo. A estos síntomas se le anexan otros como polaquiuria, disuria, ardor transmiccional, la hematuria, que no es patognomónico del carcinoma prostático; o bien pueden presentarse síntomas iniciales propios de metástasis en forma concomitante como dolor óseo en columna lumbar baja (17).

El PSA como instrumento de detección tiene limitaciones claras, debido a su inherente falta de especificidad y sensibilidad para la detección de cáncer de próstata, de modo que el tacto rectal sigue siendo indispensable¹⁴. Cuando un hombre presenta un alto nivel de PSA o un resultado del tacto rectal anormal, se recomienda realizar una biopsia transrectal de próstata guiada por ultrasonido, el único procedimiento fiable para establecer el diagnóstico de cáncer de próstata. Generalmente es considerado seguro y se lleva a cabo de forma ambulatoria.(18)

Las dolencias que ocupan los primeros lugares en las estadísticas de mortalidad en el mundo, en Cuba y en especial en nuestra provincia como los Tumores, las Enfermedades Cardiovasculares y las Cerebro vasculares, la Diabetes Mellitus están marcadas por los mismos factores de riesgo(hábito de fumar en primer lugar , ingestión de bebidas alcohólicas ,sedentarismo ,obesidad, dietas ricas en grasas ,estrés) por lo que se hace necesario una estrategia de intervención educativa que trabaje con los factores de riesgos ,desde varias aristas ,desde la Atención Primaria de Salud como primera línea de defensa, con un buen manejo y adecuado control de los grupos de riesgos ,el trabajo con el individuo sano para evitar que adopte estilos de vidas inadecuados , el trabajo intersectorial con participación social y comunitaria en el cumplimiento de las políticas públicas saludables y el acompañamiento de los medios de comunicación social como soporte y apoyo para la comunicación masiva.(18)

Se precisa el uso de estrategias de intervención que faciliten educar a la población y ayuden a elevar la percepción de riesgo ante las enfermedades crónicas y sobre todo el cáncer.

El término de estrategias alude al empleo consciente, reflexivo y regulativo de acciones y procedimientos (de dirección, educación, enseñanza o aprendizaje, según el caso), en condiciones específicas. Estas acciones y operaciones son esencialmente heurísticas (más que algorítmicas) y esencialmente interdisciplinarias y sirven para resolver un problema o tarea, o para dar respuesta a un objetivo.(19)

Una estrategia no es algo rígido, es susceptible de ser modificada, precisada, delimitada constantemente a partir de los propios cambios que se vayan operando en el objeto de transformación. Por tal razón resulta necesaria la permanente valoración de sus resultados parciales y globales, con el fin de establecer las adecuaciones y cambios requeridos para lograr los impactos deseados. El propio carácter contextual de las estrategias exige la identificación de condiciones y posibilidades, así como el sistema de acciones que controle, de manera permanente, el proceso; ello permite ajustes, rectificaciones a lo primariamente concebido, pues toda estrategia es flexible a los cambios del contexto que, como resultado de su propia aplicación, se producen. Las estrategias pueden tener lugar a diferentes niveles, desde el macro (social o institucional), hasta el individual, que es el más específico, incluido el mesonivel, que es un gradiente intermedio.(19)

Modelo Precede-Procede es un modelo de planeación diseñado por Lawrence Green y Marshall Kreuter para la educación en salud y para los programas de promoción de la salud. Se apoya en el principio de que la mayoría de los cambios de comportamientos son voluntarios por naturaleza. Ese principio se refleja en el sistemático proceso de planeación que intenta empoderar a los individuos con: comprensión, motivación y habilidades para que participen activamente en la resolución de los problemas de la comunidad con el fin de mejorar la calidad de vida. Este modelo es sumamente práctico, pues varios estudios demuestran que los cambios en el comportamiento perduran más cuando las personas han participado activamente en estos y la toma de decisiones acerca del cambio se hace a lo largo del proceso. En este proceso, los individuos toman decisiones saludables a través del cambio de su comportamiento y a través del cambio de políticas que influyen en sus comportamientos. (9)

El modelo Precede-Procede (Green y Kreuter, 1991) es una herramienta que facilita la elaboración de un amplio diagnóstico comunitario en cuanto que aborda múltiples determinantes de la salud y permite la participación activa de la población, alcanzando así las metas de la Escuela Saludable. El modelo hace posible proponer las estrategias de intervención más acordes con las

necesidades que influyen en la salud de grupos sociales específicos. Cuando las personas o grupos sociales tienen un mayor conocimiento sobre los determinantes de la salud, aumenta su capacidad de tomar decisiones que afectan favorablemente su bienestar personal, familiar o comunitario (Polaino-Lorente, 1987). La educación para la salud se dedica a incrementar la información, motivaciones, habilidades y responsabilidad de los individuos y comunidades, y a trabajar por cambiar los factores sociales y ambientales que culminen en comportamientos intencionales y conscientes en pro de la salud. Para Green y Kreuter (1991), la educación para la salud se establece entonces como una herramienta de la promoción de la salud que reduce los costos y la dificultad de poner en práctica otras soluciones con estrategias más complejas para lograr las metas propuestas. (20)

Se utilizó el método PRECEDER-PROCEDER. Al utilizar esta estrategia de intervención educativa nos propusimos desarrollar en los individuos, familias, grupos y comunidades estilos de vidas saludables, que perciban la necesidad de modificar conductas, actitudes y comportamiento ante la vida, ante su propia salud la cual se crea, se vivencia en el marco de la familia y la comunidad. Este método se basa en algunas suposiciones acerca de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y por extensión, también acerca de otros asuntos comunitarios. (20)

PRECEDE (PRECEDER, en español) y PROCEED (PROCEDER, en español) son acrónimos (palabras en las que cada letra es la primera letra de una palabra). Aunque en español el acrónimo no encaja a la perfección, equivale a algo así como "Predisponer, Reforzar y Establecer Constructos de Diagnóstico y Evaluación Educativa y Ambiental". Tal como lo implica su nombre, representa el proceso que precede o lleva hacia una intervención. (20)

El acrónimo de "PROCEED", en español equivaldría a Política y Constructos Reguladores y Organizativos en Desarrollo Educativo y Ambiental, lo cual fiel a

su nombre, describe cómo proceder con la intervención en sí. PRECEDER tiene cuatro fases:

Fase 1: Identificar el resultado final deseado.

Fase 2: Identificar y establecer prioridades entre los asuntos de salud o comunitarios, así como también los determinantes de comportamiento y ambientales que entorpecen la obtención de ese resultado, o las condiciones que se deben alcanzar para lograr ese resultado; e identificar los comportamientos, estilos de vida y/o factores ambientales que afectan esos asuntos o condiciones.

Fase 3: Identificar los factores que contribuyen a la predisposición, facilitación y refuerzo, que pueden afectar los comportamientos, actitudes y factores ambientales con prioridad en la Fase 2.

Fase 4: Identificar los factores administrativos y normativos que influyen lo que puede ser implementado.

Otra suposición bajo el modelo PRECEDER-PROCEDER es que un proceso de cambio debería enfocarse inicialmente en el resultado, no en la actividad (muchas organizaciones se proponen crear un cambio comunitario sin detenerse a considerar ni los efectos que pueden tener sus acciones, ni si el cambio que buscan es el que la comunidad quiere o necesita). Las cuatro fases de PRECEDER, por lo tanto, lógicamente avanzan hacia atrás desde el resultado deseado, hacia dónde y cómo se podría intervenir para lograr ese resultado, hacia los asuntos administrativos y normativos que necesitan ser abordados con el objeto de organizar exitosamente dicha intervención. Se puede considerar que todas estas fases son de formación.

PROCEDER tiene cuatro fases (que también se discutirán con más detalle más adelante) que cubren la implementación en sí de la intervención y su evaluación detallada, trabajando hacia atrás desde el punto de partida original - el resultado final deseado del proceso.

Fase 5: Implementación (el diseño y la realización de la intervención en sí).

Fase 6: Evaluación del proceso. ¿Se están realmente haciendo las cosas que se planificó hacer?

Fase 7: Evaluación del impacto. ¿Está la intervención logrando el impacto deseado en la población objetivo?

Fase 8: Evaluación del resultado. ¿Está la intervención conduciendo al resultado final (el resultado deseado) previsto en la Fase 1?(9)

El modelo PRECEDER-PROCEDER aplica una perspectiva médica a la salud pública, aun cuando se enfoca en promover la salud, en lugar del tratamiento de una enfermedad. Tal como un diagnóstico médico precede al tratamiento, el modelo asume que un diagnóstico de gran repercusión debiera preceder una intervención de salud pública. (9)

Las dolencias que ocupan los primeros lugares en las estadísticas de mortalidad en el mundo, en Cuba y en especial en nuestra provincia como los Tumores, las Enfermedades Cardiovasculares y las Cerebro vasculares, la Diabetes Mellitus están marcadas por los mismos factores de riesgo(hábito de fumar en primer lugar , ingestión de bebidas alcohólicas ,sedentarismo ,obesidad, dietas ricas en grasas ,estrés) por lo que se hace necesario una estrategia de intervención educativa que trabaje con los factores de riesgos ,desde varias aristas ,desde la Atención Primaria de Salud como primera línea de defensa, con un buen manejo y adecuado control de los grupos de riesgos ,el trabajo con el individuo sano para evitar que adopte estilos de vidas inadecuados , el trabajo intersectorial con participación social y comunitaria en el cumplimiento de las políticas públicas saludables y el acompañamiento de los medios de comunicación social como soporte y apoyo para la comunicación masiva.(21)

Mediante esta estrategia de intervención educativa nos proponemos desarrollar en los individuos, familias, grupos y comunidades estilos de vidas saludables, que perciban la necesidad de modificar conductas, actitudes y comportamiento ante la vida, ante su propia salud la cual se crea, se vivencia en el marco de la familia y la comunidad. De esta forma fomentaremos salud y calidad de vida, permitiéndonos disminuir la morbimortalidad por cáncer y las demás Enfermedades Crónicas no Trasmisibles que constituyen las primeras causas de muerte en la población avileña.

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” (22).

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 o falsar 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. (23)

El término de estrategias alude al empleo consciente, reflexivo y regulativo de acciones y procedimientos (de dirección, educación, enseñanza o aprendizaje, según el caso), en condiciones específicas. Estas acciones y operaciones son esencialmente heurísticas (más que algorítmicas) y esencialmente interdisciplinarias y sirven para resolver un problema o tarea, o para dar respuesta a un objetivo (23).

Una estrategia no es algo rígido, es susceptible de ser modificada, precisada, delimitada constantemente a partir de los propios cambios que se vayan operando en el objeto de transformación. Por tal razón resulta necesaria la permanente valoración de sus resultados parciales y globales, con el fin de establecer las adecuaciones y cambios requeridos para lograr los impactos deseados. El propio carácter contextual de las estrategias exige la identificación de condiciones y posibilidades, así como el sistema de acciones que controle, de manera permanente, el proceso; ello permite ajustes, rectificaciones a lo primariamente concebido, pues toda estrategia es flexible a los cambios del contexto que, como resultado de su propia aplicación, se producen. Las estrategias pueden tener lugar a diferentes niveles, desde el macro (social o institucional), hasta el individual, que es el más específico, incluido el mesonivel, que es un gradiente intermedio. (24)

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 los déficits en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan (intervención social (25-27)).

Hipótesis de investigación:

La aplicación de un programa educativo sobre cáncer de próstata ayudará a incrementar el nivel de conocimientos de la población masculina de 50 años y más en consultorio No. 36 de salud Norte de Ciego de Ávila, sobre esta enfermedad con vista a su prevención

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuasi-experimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad en la aplicación de un programa de intervención educativa para elevar conocimientos relacionados con el cáncer en el CMF # 36 del área de salud Norte de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido de enero a diciembre 2017. Para ejecutar esta intervención educativa utilizaremos el modelo Precede-Procede, que fue desarrollado para ser utilizado en la salud pública como modelo para intervención de salud y para para intervenciones comunitarias en general. (9)

El universo de estudio quedó constituido por 158 pacientes de 50 años y más. La muestra quedó conformada por 48 pacientes. La selección de la muestra se realizó por muestreo aleatorio simple con pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión pertenecientes al consultorio No. 36 del área de salud Norte Ciego de Ávila. Se conformaron dos grupos con 24 pacientes cada uno y se realizó el encuentro 2 veces a la semana por 5 semanas. El primer encuentro fue para romper el hielo y aplicar los instrumentos de recolección de

la información y el último fue para volver a aplicar los mismos instrumentos y realizar una actividad de despedida.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que expresaron su consentimiento para ser incluidos en la investigación firmaron el obligatorio consentimiento informado y se encontraban en el área durante la investigación (anexo I).
2. Pacientes que estaban aptos física y mentalmente para asistir y entender los mensajes educativos.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que presentaban afecciones mentales que les impedía responder las preguntas de la encuesta.

Criterios de salida:

1. Pacientes que durante el período de la investigación se trasladaron del área.
2. Pacientes que fallecieron durante el estudio.

Metodología

Métodos del nivel teórico:

- Histórico-Lógico: Se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además, para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema en el Área de salud y cómo se han comportado las estadísticas de este problema de salud en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.
- Analítico-Sintético: Se analizan, comparan y confrontan las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se puede conocer la existencia de factores que condicionan la poca orientación de la familia y la escuela en diferentes temas relacionados con el cáncer de próstata y su prevención en edades precoces. En la síntesis se unifican los resultados obtenidos de las diferentes fuentes para llegar a conclusiones.

- Inductivo-Deductivo: En función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.
- Modelación: Este permitió modelar, a partir de los elementos teóricos, metodológicos y los datos empíricos obtenidos durante el proceso investigativo, la propuesta de intervención educativa con acciones preventivas para la familia para elevar el nivel de conocimientos sobre cáncer de próstata en la población de riesgo.

Técnicas de recogida de datos:

Se utilizó una encuesta de recogida de datos diseñada por los autores de la investigación, evaluado y validada previamente por un consejo científico.

Principales variables de medición de respuesta.

- La variable independiente de la hipótesis es la estrategia de intervención “Estrategia educativa”
- Variable dependiente: El conocimiento de las pacientes de 50 años y más sobre cáncer de próstata.

Técnica de recolección de la información

La Entrevista: Es un método de recogida de información cara a cara que permitió identificar los factores que estaban influyendo en el desconocimiento acerca del cáncer de próstata en la comunidad estudiada.

La encuesta: Es un método empírico (complementario) de investigación que supone la elaboración de un cuestionario, cuya aplicación masiva permite conocer las opiniones y valoraciones que sobre determinados asuntos poseen los sujetos (encuestados) seleccionados en la muestra.

Etapas de la intervención educativa.

Se aplicaron las 8 fases del modelo PRECEDER-PROCEDER, y se les da respuesta en resultados.

El modelo PRECEDER-PROCEDER aplica una perspectiva médica a la salud pública, aun cuando se enfoca en promover la salud, en lugar del tratamiento de una enfermedad. Tal como un diagnóstico médico precede al tratamiento, el modelo asume que un diagnóstico de gran repercusión debiera preceder una intervención de salud pública.

A todos los pacientes involucrados en el estudio se le indicó PSA y se comprobó su realización.

Técnicas para las clases realizadas en la intervención.

Charla educativa: La misma cuenta de 3 partes: introducción, desarrollo y preguntas de comprobación. Para obtener mejores resultados deben emplearse medios de enseñanza, la charla nunca debe ser leída ni debe tratar de agotar un tema, de forma que su tiempo de duración garantice la atención de los participantes.

Técnicas afectivo participativa (TAP): En nuestros días resulta indispensables que los especialistas se actualicen en los métodos y técnicas a emplear y sobre todo tener presente que la charla, la entrevista, las dramatizaciones, etc. que se han empleado de forma sistemática es necesario enriquecerlas con las TAP, en las que la población se involucra directamente en la solución de los problemas de salud de la comunidad.

Animación: Objetivo principal es animar, crear un ambiente fraterno y participativo. Estas técnicas deben ser activas, tener elementos que permitan relajarse a los participantes, deben tener presente el humor.

Aspectos éticos

Se pidió a todos los pacientes seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Se explicó el carácter voluntario y la confidencialidad de los datos, por lo que cada sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Conocimiento sobre la realización del PSA	Cualitativa nominal dicotómica	Si no	Si conoce el proceder.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
---	--------------------------------	-------	------------------------	--

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información y fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de la efectividad de la intervención educativa se empleó la prueba estadística Mc. Nemar para hallar diferencias significativas entre el nivel de conocimiento sobre cáncer de próstata, antes y después de la aplicación del programa educativo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Respuestas a las etapas del modelo de la intervención utilizado.

PRECEDER: Las cuatro fases de PRECEDER, por lo tanto, lógicamente avanzan hacia atrás desde el resultado deseado, hacia dónde y cómo se podría intervenir para lograr ese resultado, hacia los asuntos administrativos y normativos que necesitan ser abordados con el objeto de organizar exitosamente dicha intervención. Se puede considerar que todas estas fases son de formación.

En la Fase 1: Identificar el resultado final deseado:

- Elevar el nivel de conocimiento de los pacientes masculinos sobre cáncer de próstata.

Fase 2: Identificar y establecer prioridades entre los asuntos de salud o comunitarios, así como también los determinantes de comportamiento y ambientales que entorpecen la obtención de ese resultado, o las condiciones que se deben alcanzar para lograr ese resultado; e identificar los comportamientos, estilos de vida y/o factores ambientales que afectan esos asuntos o condiciones.

Fase 3: Identificar los factores que contribuyen a la predisposición, facilitación y refuerzo, que pueden afectar los comportamientos, actitudes y factores ambientales con prioridad en la Fase 2.

- El problema priorizado, en este caso la baja percepción de riesgo de padecer cáncer de próstata fue definido en el programa de intervención para concientizar a la población de riesgo sobre los factores que pueden incidir en la aparición del cáncer de próstata y la necesidad real de la realización del PSA en hombres de 50 años y más.

Fase 4: Identificar los factores administrativos y normativos que influyen lo que puede ser implementado.

- La realización del PSA cuenta con la estructura y los procesos necesarios en las instituciones de salud de la Atención primaria de salud.

Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre cáncer de próstata en la población masculina de 50 años y más en el consultorio 41 del Policlínico Norte. Ciego de Ávila.

Tabla No. 1. Distribución de los pacientes según años cumplidos.

Edad en años	No.	%
50 a 55 años	12	25.00
56 a 60 años	17	35.41
61 a 65 años	12	25.00
66 a 70 años	5	10.40
Más de 70 años	2	4.10
Total	48	100

Fuente: Encuesta

En cuanto a la edad predominaron los hombres entre 56 y 60 años para un 35.41%, no coincide con la tesis de terminación de la especialidad de la doctora Gutiérrez Rivero(28) que hizo un estudio similar en el poblado de Santo Tomás en 2016. En el mundo se incrementa la población de adultos mayores de ambos sexos.

Tabla No. 2. Distribución de participantes según ocupación.

Ocupación	No	%
Obrero	2	4.10
Técnico	5	10.40
Profesional	14	28.10
Jubilado	15	31.00
Cuenta propista	12	25.00
Total	48	100,0

Fuente: Encuesta

Según ocupación predominó el grupo de jubilados para un 31.00%, lo que coincide con la demografía de la provincia y el país, que se incrementa la población de más de 60 años y existe baja natalidad.

Tabla No. 3. Distribución de participantes según nivel de escolaridad.

Nivel escolar	N	%
Secundario	17	35.00
Pre-Universitario	17	35.00
Universitario	14	29.10
Total	48	100,0

En esta tabla predominó el nivel educacional secundario y preuniversitario para un 35.00% en ambos. No hubo pacientes con educación primaria, estos datos se corresponden con el nivel educacional en nuestro país. En esta tabla

coincide con el trabajo de la Dra. Gutiérrez Rivero de la provincia de Ciego de Ávila (28)

Tabla No. 4 Distribución de los pacientes según estado civil.

Estado civil	N	%
Soltero	9	18.00
Casado	15	31.00
Acompañado	13	27.00
Divorciado	10	20.80
Total	48	100.0

En esta tabla que caracteriza al grupo de estudio según estado civil, se observa que predominan los casados para un 31.00%. En el estudio de Gutiérrez Rivero . predominan los acompañados (28), este detalle es puramente legal pues en ambos casos los hombres tienen pareja estable.

Tabla No.5. Distribución de participantes según nivel de conocimientos sobre edad de aparición del cáncer de próstata.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	7	14.50	48	100,0
Insatisfactorio	41	85.40	0	0,0
Total	48	100,0	48	100,0

Prueba de McNemar $p= 0,000$

En cuanto a la edad de aparición de este cáncer, el conocimiento después de la intervención mejoró en un 100%, lo que coincide con el resultado obtenido por Gutiérrez Rivero L. (28)

Tabla No.6 Distribución de participantes según nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de la aparición del cáncer de próstata.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	7	14.50	46	95.8
Insatisfactorio	41	85.40	2	4.10
Total	48	100,0	48	100,0

Prueba de McNemar $p= 0.000$

En esta tabla se observa que existe una baja percepción de los factores de riesgo para este cáncer antes de la intervención lo que mejor en un 95.8%, coincide con resultados de Gutiérrez Rivero L.(28)

Según la OMS, aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer sodebidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: tabaquismo, sobrepeso y obesidad, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física y consumo de alcohol. Sobre ellos, hay que acentuar las estrategias de prevención, aunque no son las únicas actividades preventivas que se aconseja llevar a cabo. (29)

Tabla 7. Distribución de participantes según nivel de conocimientos sobre síntomas asociados al cáncer de próstata.

Nivel de conocimientos	Evaluación	
	Antes	Después

	No.	%	No.	%
Satisfactorio	11	22.9	48	100
Insatisfactorio	37	77.00	0	0
Total	48	100,0	24	100,0

Prueba de McNemar $p=0,000$

En cuanto a síntomas asociados al cáncer de próstata hubo un aumento del conocimiento de un 100%, todos los hombres después de la intervención, lo que coincide con Gutiérrez Rivero L. (28)

Hernández Sáez (30) concluye que, las características clínicas de la enfermedad reconocidas por los pacientes, fue otro indicador importante evaluado. Se tuvo en cuenta que una vez reconocidas permiten acudir oportunamente al médico, porque incluso ante la presencia de los síntomas existe una fuerte tendencia a negar la enfermedad y dilatar la consulta médica y el tratamiento.

Tabla No. 8 Distribución de los pacientes según conocimiento sobre la realización del PSA.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Si	32	66.6	48	100,0
No	16	33.3	0	0,0
Total	48	100,0	48	100,0

Prueba de Mc Nemar $p=0,000$

En esta tabla se observa que el 66.6% de la población estudiada conocía sobre la realización de PSA, lo que puede tener relación con la labor preventiva del médico de familia.

En México, el 60% de los casos de cáncer de próstata se diagnostican en etapas

avanzadas. Esto es así porque los hombres no tienen la cultura de autoexploración de testículos ni de acudir al médico para hacerse la prueba del tacto rectal (29).

Tabla 9. Distribución de participantes según nivel de conocimiento global sobre cáncer de próstata.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	9	18.7	46	95.8
Insatisfactorio	39	81.2	2	4.10
Total	48	100,0	48	100.0

Prueba de Mc Nemar $p=0,000$

En esta tabla podemos apreciar que hubo un aumento en el nivel de conocimientos de un 95.8%, por lo que la intervención educativa cumplió con su objetivo de empoderar a los hombres del consultorio de conocimientos para cuidar de su salud. Según el trabajo de Gutiérrez Rivero I. logró un incremento de los conocimientos en un 96.4% (28)

Respuestas a las etapas del modelo de la intervención utilizado.

PROCEDER tiene cuatro fases que cubren la implementación en sí de la intervención y su evaluación detallada, trabajando hacia atrás desde el punto de partida original - el resultado final deseado del proceso.

Fase 5: Implementación (el diseño y la realización de la intervención en sí).

- Se elaboró y se implementó el programa de intervención.

Fase 6: Evaluación del proceso. ¿Se están realmente haciendo las cosas que se planificó hacer?

- Si, se realizó todo lo planificado.

Fase 7: Evaluación del impacto. ¿Está la intervención logrando el impacto deseado en la población objetivo?

- Se logró la participación de las personas de riesgo en el estudio y se instruyó en la necesidad de realización de la PSA como diagnóstico precoz del cáncer de próstata.

Fase 8: Evaluación del resultado. ¿Está la intervención conduciendo al resultado final (el resultado deseado) previsto en la Fase 1?

- Si, se logró elevar el conocimiento de los pacientes participantes en la intervención.

- Para dar salida al objetivo específico No. 6

En el transcurso del año 2018 se realizaron la PSA 15 pacientes de consultorio que participaron en la intervención educativa para un 31.25%, cifra está que no llega a la mitad de los involucrados, pero al menos es un primer paso del largo camino que es la promoción de salud y el logro de la percepción del riesgo en la comunidad.

CONCLUSIONES

La intervención educativa sobre cáncer de próstata en el consultorio # 36 fue efectiva.

RECOMENDACIONES

Mantener informada a toda la población sobre aspectos importantes que deben conocer sobre las enfermedades tanto agudas como crónicas y así lograr un empoderamiento y una percepción de riesgo donde el paciente esté en constante colaboración con el médico de la familia a fin de mejorar constantemente el estado de salud de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Cancer Institute «What is the cancer?» [Definición del cáncer] [página en Internet]. Washington D.C, Estados Unidos, National Cancer Institute [actualizado 09/02/2015; citado enero 2016]; [aproximadamente 7 pantallas]. Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/prevencion>.
2. Organización Mundial de la Salud OMS.WHO – Cancer [página en Internet]; Ginebra, Suiza; Organización Mundial de la Salud OMS;c 2015 [actualizado 2015, febrero; citado 16/01/2016] [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
3. Chamie K, Saigal C, Hanley J, et al. Quality of care for patients with high-grade non-muscle-invasive bladder cancer. J Urol. 2012;183 Suppl 4:e568—9.
4. Montesino-Semper M, Madero-Jarabo R, Solsona-Narbón E, et al. Treatment of carcinoma in situ of the bladder associated or not associated to muscle-invasive transitional carcinoma using two different BCG doses: The standard or one-third dose. A five year follow-up. Eur Urol Suppl. 2010;9:91.
5. Serretta V, Altieri V, Morgia G, et al. Monthly maintenance after early intravesical chemotherapy. Eur Urol Suppl. 2011;9:325—6.
- Skolarus T, Ye Z, Hollenbeck B, et al. Repeat resection of bladder tumours: prevalence and outcomes. J Uro
6. Roth B, Burkhard FC, Studer UE. Early enteral versus parenteral nutrition following cystectomy and ileal urinary diversion: Results of a prospective randomised trial. Eur Urol Suppl. 2012;9:318.
7. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Ciudad Habana. Cuba 2014. Estudio de casos y controles sobre factores de riesgo de cáncer de próstata
8. Departamento de estadística del Policlínico área norte de Ciego de Ávila.
9. Blanck ME, Departamento de salud Pública. Facultad de Ciencias de la salud. Universidad de Carabobo. Calle 196. No. 121. La campiña. Naganagua. Edo Carabobo. Venezuela. <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/metodologia-de-la-eps-i-modelo-precede>.

10. James ND, Hussain SA, Hall E, et al. Results of a phase III randomized trial of synchronous chemoradiotherapy (CRT) compared to radiotherapy (RT) alone in muscle-invasive bladder cancer. *J Clin Oncol.* 2012;28:346s.
11. De Santis M, Bellmunt J, Mead G, et al. Randomised phase II/III trial comparing gemcitabine/carboplatin (GC) and methotrexate/carboplatin/vinblastine (M-CAVI) in patients (pts) with advanced urothelial cancer (UC) unfit for cisplatin-based chemotherapy (CHT): phase III results of EORTC study 30986. *J Clin Oncol.* 2012;28:951s.
12. Montesino-Semper M, Madero-Jarabo R, Solsona-Narbón E, et al. Treatment of carcinoma in situ of the bladder associated or not associated to muscle-invasive transitional carcinoma using two different BCG doses: The standard or one-third dose. A five year follow-up. *Eur Urol Suppl.* 2010;9:91.
13. Díaz Ángel. Qué es el antígeno prostático específico; Lima.[Internet]. 2010 [citado 20 agosto 2015];10(7):[Aprox. 6p.]. Disponible en:
<http://drgdiaz.com/eco/prostata/psa.shtml>
14. Uribe Arcila JF. Cáncer de próstata ¿Qué es el antígeno prostático específico?. Colomb. [Internet]. 2011 [citado 10 diciembre 2015]; 20(12):[Aprox 10.]. Disponible en:
http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/prostata/healthprofessional#Section_1682
15. María Márquez, Leonardo Sosa. screening del cáncer de próstata. National Cancer Institute; Screening for Prostate Cancer; 2011.
16. Barry MJ. Prostate Specific Antigen testing for early diagnosis of prostate cancer. *New England Journal of Medicine* 344(18): 1373-1377, 2011.
17. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Ciudad Habana. Cuba 2014. Estudio de casos y controles sobre factores de riesgo de cáncer de próstata.
18. Prevención y diagnóstico oportuno del cáncer. Sociedad mexicana de oncología Jiménez Ríos MA, Solares Sánchez M, Martínez Cervera P, et al 2016.

19. Dra. C. Colunga Santos S, Dr. C. Garcia Ruiz. J. **Variantes** de concreción de modelos teóricos: estrategias, metodologías y programas de intervención educativa. <http://www.monografias.com/trabajos36/modelos-teoricos/modelos-teoricos.shtml>.
20. García J, Owen E y Flórez-Alarcón L. Application of the Precede-Proceed model or outlining for a health education program. *Psicología 136 y Salud*, Vol. 15, Núm. 1: 135-151, enero-junio de 2005. Fecha de acceso: 24 de marzo 2018 disponible en: http://www.paho.org/spanish/Hpp./HPM/HEC/hs_about.htm. pag 3.
21. Ministerio de salud pública. Anuario estadístico. 2017
22. ¿Qué es la intervención socioeducativa? [Pagina en Internet].UPN; 2009 [citado 29 Oct 2009] [aprox. 4 pantallas].fecha de acceso: marzo 2018. Disponible en: <http://upnintervencioneducativa-tere.blogspot.com/>
23. Integrating concepts of cognitive or learning style: a review with attention to psychometric standards. Ottawa: Canadian College of Health Service Executives; 2000.
24. Puerta E. Aprendizaje autogestionado asistido (AAA). Bogotá: Santillana; 2005.
25. Vidal Ledo M, Durán García F, Pujal Victoria N. Gestión educativa. *Educ Med Super* [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct 2009]; 22(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000200012&lng=es
26. Isolina Cardozo SM, Marcelo Andino G, Brunnetti Esquivel AB, Espindola E. Efectividad de los métodos activos como estrategia de enseñanza-aprendizaje en grupos grandes y heterogéneos. *Educ Med Super* [serie en Internet]. 2008 [citado 29 Oct 2010]; 22(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000100004&lng=es

27. Álvarez Sintés R. Educación permanente. Editorial. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 1998 [citado 09 sep 2009]; 14(6):519-21. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-1251998000600001&lng=es&nrm=iso
28. Gutiérrez Rivero L. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre cáncer de próstata en la comunidad de Santo Tomás. 2016. CPICM Ciego de Ávila.
29. **Prevención y diagnóstico oportuno en cáncer.** Sociedad mejicana de oncología 2016. Jiménez Ríos MA, Solares Sánchez M, Martínez Cervera P, et al. Oncología: Cáncer de próstata. Cancerología. 2011;6:13-8.
30. Hernández Sáez I. Intervención educativa sobre detección precoz del cáncer de próstata. AMC vol.15 no.3 Camagüey mayo-jun. 2011

ANEXOS

Anexo I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ quien suscribe este documento, estoy de acuerdo en participar en la investigación sobre cáncer de próstata en pacientes sanos, del consultorio 41, del policlínico norte de Ciego de Ávila. Se me explicó en qué consiste la investigación y la importancia de esta para nuestra salud.

Mi participación es voluntaria y mi no aceptación o el retiro del estudio cuando yo lo considere necesario no afectará mis relaciones con los médicos y la institución, los que me seguirán atendiendo según las normas y leyes del Estado Cubano.

Para que conste y por mi libre voluntad, firmo este documento de consentimiento informado junto con el médico que me brindó las explicaciones a los:

_____ Días del mes de _____ del año _____

Nombre y firma del sujeto de investigación

Anexo II

CUESTIONARIO

Fecha:

Datos generales:

Nombre y apellidos: _____

Edad: ____ años.

Estado Civil: Marque con una X según corresponde:

Soltero Casado Acompañado Divorciado Viudo.

Escolaridad: Marque con una X según corresponda:

Primaria sin terminar Primaria Secundaria Preuniversitaria
Universitaria

Ocupación: Marque con una X según corresponda:

Obrero Profesional Cuenta propista Jubilado

1. Pregunta sobre conocimiento general acerca del cáncer de próstata: Marque con una X la pregunta que considere correcta.

- a) ___ El cáncer de próstata se denomina al tumor maligno que se desarrolla en uno de los órganos glandulares del sistema reproductor masculino.
- b) ___ Se le considera un tumor benigno de uno de los órganos glandulares del sistema reproductor masculino.
- c) ___ Se le considera una enfermedad infectocontagiosa frecuente en el sexo masculino.
- d) ___ Se le considera una enfermedad resultante del crecimiento maligno de células del tracto respiratorio.
- e) ___ Es un resfriado común, catarro, resfrío o romadizo que es una enfermedad infecciosa viral leve del sistema respiratorio superior que afecta a personas de todas las edades.

f) Es una inflamación (irritación con hinchazón y presencia de células inmunes adicionales) de la uretra (el conducto por el que se elimina la orina del cuerpo) que puede continuar durante semanas o meses.

2. ¿A qué edad considera usted que es frecuente la aparición del cáncer de próstata? Marque con una X según corresponda.

a) De 20 a 39 años: _____

b) De 10 a 19 años: _____

c) De 50 a 80 años: _____

d) De 30 a 49 años: _____

e) Es frecuente en todas las edades: _____

3. Conocimiento sobre riesgos potenciales de aparición de cáncer de próstata. Marque con una X según corresponda.

a) En el adulto mayor.

b) No existe relación de este con el hábito de fumar.

c) Pacientes con herencia familiar.

d) Pacientes que tengan más de tres hijos

e) En los deportistas

f) Está asociado a la inactividad física, el sedentarismo y la obesidad.

g) La raza blanca

h) La raza negra

4. Factores de riesgo asociados al cáncer de próstata. Marque con una X según corresponda.

a) Tiende aparecer en sujetos sedentarios y obesos.

b) En sujetos con una vida sexual inactiva.

- c) Personas con antecedentes de hábitos tóxicos.
- d) Sujetos con una dieta inadecuada de alimentación.
- e) Personas que ingieran medicamentos antiinflamatorios como el ibuprofeno.
- f) Sujetos con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.

5. ¿Cuáles son los síntomas del cáncer de próstata? Marque con una X según corresponda.

- a) Disminución del calibre y la fuerza del chorro, así como su interrupción brusca.
- b) Orinar con dificultad y dolor.
- c) Vómitos
- d) Orinar con frecuencia y escasa cantidad.
- e) Dolor de cabeza
- f) Dolor de oído
- g) Presencia de sangre mezclada con la orina
- h) Necesidad de pujar o realizar un esfuerzo para expulsar la orina.
- i) Dolor al tener contacto sexual.
- j) Pueden presentar decaimiento, pérdida de peso y del apetito.
- a) Infecciones en los riñones.

6. ¿Conoce U que se realiza un análisis de sangre anual en hombres mayores de 50 años para diagnosticar a tiempo el cáncer de próstata'?

Si _____ No _____

Anexo IV

Programa de intervención educativa

Título: Conociendo sobre el Cáncer de próstata.

Objetivo General: Que las pacientes del consultorio 36 del policlínico área norte alcancen un nivel de información sobre cómo prevenir el Cáncer de próstata y que a la vez les permita comprender las consecuencias que trae el mismo para ellos y su salud.

Evaluar la eficacia de un programa de Intervención educativa sobre ¿Cómo elevar los conocimientos sobre los factores de riesgo del Cáncer de próstata en los pacientes sanos en el consultorio 36 del policlínico norte del municipio Ciego de Ávila en el periodo comprendido de enero a diciembre 2017.

Dirigido a: Los pacientes del Consultorio 36 del Policlínico Norte del municipio Ciego de Ávila, la cual se estima en.

Lugar: Aula del policlínico norte diseñada para la actividad.

Profesora: Dr. Yorjander China Fernández. Residente de segundo año de Medicina General Integral

El curso consta de:

- 6 conferencias de 45min de duración cada una para un total de 3 horas.
- 2 clases prácticas de 1 hora de duración cada una para un total 2 horas
- Para un total de 5horas.

Se realizará con una frecuencia semanal.

Contenidos a impartir por temas.

Clase #1

Fecha: Enero del 2017

Hora: 1:30 pm

Lugar: Local policlínico norte

Temática: Introducción sobre el Cáncer de Próstata.

Objetivo:

- ✓ Dar a conocer el contenido del Ensayo de Intervención comunitaria sobre el Cáncer de Próstata.
- ✓ Lograr que los integrantes del grupo se familiaricen

Duración: 45 min

Recursos: Médicos, local, folletos especializados, lápices.

Técnicas participativas: Charla introductoria.

Diálogo.

Se iniciará controlando la participación de las pacientes, seguidamente cada paciente realizará una presentación personal donde harán referencia a:

- Nombre y Apellidos
- Edad
- Estado Civil
- Motivos de su presencia
- Preferencia (Tema Libre)

Nota: Los temas que cada paciente abordará en su presentación serán de interés nuestro, además esto permitirá ir creando un ambiente agradable, ameno que contribuya a la inhibición de las pacientes y su familiarización en el grupo.

Seguidamente se realizará una breve panorámica de las temáticas que se abordarán durante el proyecto, así como dar a conocer el contenido del ensayo del programa de intervención comunitaria y su posterior aplicación

Temática:

- Conceptos y Clasificación.
- Cuadro clínico y etiología del Cáncer de próstata
- Principales complicaciones
- Factores predisponentes y determinantes.
- Principales consecuencias y riesgos

Luego se explicará la frecuencia con la que se realizarán las actividades, el tiempo de duración, los recursos que se utilizarán y las formas en que desarrollarán las actividades.

Clase #2

Fecha: Enero del 2017

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico norte

Temática: Cáncer de Próstata. Conceptos y clasificación.

Objetivo: Definir el concepto de cáncer de próstata a partir de la conceptualización de dicho término, así como su análisis, haciendo uso de la bibliografía especializada para ello, que contribuya a la formación de un estilo y modo de vida responsable en los pacientes.

Motivación: Se reparten marcadores con mensajes relacionados con la sesión a impartir y se les invita a que cada uno lea su mensaje.

Tipo de actividad: Clase conferencia.

Duración: 45 min

Recursos: Médicos, local, folletos especializados, Marcadores con mensajes de salud, hojas de papel, Lápices.

Técnicas participativas: Clase conferencia.

Charla educativa.

Desarrollo

- Control de la participación de las pacientes.
- Realizar una breve panorámica de la temática que se abordará
- ¿Cuáles creen ustedes que sean los factores que cada día hacen que existan más casos con cáncer de próstata?

Incentivar la participación:

Se profundizará en la importancia que tiene la familia en esta etapa que experimenta el hombre y el rol que juega el conyugue en la vida del paciente y

las consecuencias asociadas a la insuficiente orientación sobre modo y estilo de vida que poseen, todo esto se realizará sentados en círculo y además se mostrarán propagandas traídas sobre el cáncer de próstata.

Conclusiones

Reflexiona en lo estudiado y emite tu criterio al respecto.

Clase #3

Fecha: Enero del 2017

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico norte.

Temática: Cuadro clínico y etiología del Cáncer de Próstata.

Objetivo: Describir las diferentes manifestaciones clínicas del cáncer de próstata, haciendo uso de la bibliografía especializada para ello mediante el diálogo y el debate que contribuya a un extenso conocimiento de dicha enfermedad.

Tipo de actividad: Teórico práctica.

Duración: 45 min

Recursos: Médico – local – pizarra – bibliografía especializada

Técnicas participativas: Juego de tarjetas

Análisis de situaciones

Introducción

- Control de la participación de las pacientes.
- Realizar una breve panorámica de la temática que se abordará.

Introducir el tema y el objetivo de la clase:

Para darle cumplimiento al objetivo de la clase se realizará dos actividades.

La primera actividad consiste en describir el cuadro clínico, para ello se utilizará un juego de tarjetas donde en una estará los diferentes síntomas y signos que pueden presentarse y en la otra la explicación de cada uno de ellos y según el contenido se hacen coincidir siendo los pacientes los protagonistas.

El cáncer de próstata es el cáncer de mayor incidencia en los hombres y es la segunda causa de muerte en este grupo. La tasa de incidencia ajustada por edad aumentó a lo largo de las décadas pasadas con un dramático ascenso en los últimos años. Por ello es importante el conocimiento de los síntomas y signos, para reconocerlos una vez instalados.

En estadios tempranos el carcinoma de próstata no causa ningún síntoma específico, debido a que más del 70% de los tumores se originan en la zona periférica de la glándula y cuando un nódulo crece lo suficiente como para llegar a causar síntomas obstructivos uretrales, éstos son muy parecidos a los causados por el crecimiento hiperplásico de la glándula prostática: retardo en el inicio de la micción, disminución en el calibre y fuerza del chorro urinario, goteo terminal, tenesmo vesical, es decir, se integra un verdadero síndrome obstructivo urinario bajo. A estos síntomas se le anexan otros como polaquiuria, disuria, ardor transmiccional, y la hematuria

El crecimiento y diseminación local del tumor causa síntomas directos e indirectos tales como compresión ureteral que condiciona dilatación de las cavidades superiores y al final una insuficiencia renal post renal.

La profesora profundizará en el cuadro clínico y su etiología.

Profundizar en: Los principales factores predisponentes a la aparición del Cáncer de Próstata.

¿Influye el modo o estilo de vida en la etiología del mismo?

¿Por qué se dan?

¿Cuáles son las pacientes más vulnerables?

Esto provoca un complejo proceso de toma de decisiones entre somáticos psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos.

Conclusiones Responder la interrogante que a continuación se muestra mediante la técnica de la lluvia de estrellas.

¿Se puede considerar que el cáncer de próstata es una enfermedad prevenible?

Clase #4

Fecha: Enero del 2017

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico norte.

Recursos: Médico – local – pizarra – bibliografía especializada

Temática: Principales complicaciones del Cáncer de próstata.

Objetivos: Que los pacientes conozcan sobre los riesgos que sufren al padecer el Cáncer de próstata haciendo uso de la bibliografía especializada para ello, que permita el fomento de un modo y estilo de vida saludable.

Tipo de actividad: Interactiva, Charla educativa.

Duración: 45 min

Recursos: Médico – local – pizarra – bibliografía especializada

Técnicas participativas: Completamiento de frase – Confidencias

Introducción

- Control de la participación de las pacientes.
- Se realiza una breve reseña de cómo se desarrollará la clase.

Para ello presentará un "Condón" inflado y dentro de él aparecerá un papelito con el tema de la clase, el cual deberá ser roto por un estudiante, el que será seleccionado de la forma siguiente:

En una cajita aparecerán varios números en correspondencia con la cantidad de participantes, estos deberán escoger un papelito y observar su número, luego la enfermera mencionará uno de los números y este deberá explotar el "Condón" con el tema de la clase.

Una vez escogido el tema de la clase: Se introduce el tema y el objetivo de la clase.

Desarrollo

¿Cuáles son las complicaciones de padecer el Cáncer de Próstata?

Desarrollo Haciendo uso de la técnica de completamiento de frase se inicia la clase.

Frase: Las principales complicaciones del Cáncer de Próstata son:

Los criterios emitidos se pondrán en la pizarra y se procederá a realizar otra actividad para especificar las complicaciones, para ello se utilizará condones inflados con papelitos dentro conteniendo las complicaciones, cada condón aparecerá enumerado y en ese orden los participantes tendrán que romper, en cada caso se profundizará en las complicaciones transmitiendo el mayor número de conocimientos posible.

Una vez terminada la actividad se realizará una comparación con las ideas que inicialmente emitieron las pacientes y realizará las correcciones precisas y las valoraciones precisas.

Conclusiones

La clase concluirá con una actividad coordinada y autorizada donde prima la participación de casos de la comunidad que han sufrido estas complicaciones y que harán sus "Confidencias" así se llama la actividad.

Clase #5

Fecha: Febrero del 2018

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico norte.

Temática: Factores predisponentes y determinantes.

Objetivo: Ejemplificar los factores predisponentes y los factores determinantes del Cáncer de próstata

Tipo de actividad: Conferencia

Duración: 45 min

Recursos: Médico – local – pizarra – bibliografía especializada

Técnicas participativas: Conferencia

Introducción

- Control de la participación de las pacientes

- Realizar una breve panorámica de lo que se va a impartir.

Introducir el objetivo y el tema

Desarrollo

¿Cuáles son los factores predisponentes? En cada uno se profundizará

¿Cuáles son los factores determinantes? En cada uno se profundizará

Conclusiones

¿Qué son los factores predisponentes y los factores determinantes?

Para responder lo anterior se dará a cada paciente un papel donde ellos expondrán sus respuestas sin necesidad de poner nombre.

Clase #6

Fecha: Febrero del 2017.

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico norte

Temática: Cómo realizar el diagnóstico de cáncer de próstata y el tratamiento eficaz que se lleva a cabo en el mismo.

Tipo de actividad: conferencia

Recursos: Médico – local – pizarra – bibliografía especializada

Objetivo: Exponer como realizar el diagnóstico oportuno y precoz del cáncer de próstata, así como la administración de un tratamiento eficaz para el mismo.

Introducción

- Control de la participación de las pacientes
- Realizar una breve panorámica de lo que se va a impartir.

Introducir el objetivo y el tema

Desarrollo

¿Conoce usted como realizar el diagnóstico del cáncer de próstata?

Tacto rectal: este proceder se hace solo por el especialista en Urología.

La exploración física del enfermo prostático es uno de los puntos de mayor importancia en el diagnóstico del carcinoma de próstata, dentro de la que obligatoriamente debe incluirse un tacto rectal anotando todas las características encontradas en la glándula prostática como son tamaño, consistencia, superficie, bordes o presencia de nódulos en su superficie. La exploración física debe incluir la exploración de los genitales externos y de ambas extremidades inferiores en busca de edema por obstrucción linfática y la exploración abdominal en busca de masas palpables.

Antígeno Prostático Específico. (PSA)

Es una proteasa sérica de membrana de los tejidos humanos, su principal función es la licuefacción del eyaculado incrementando la movilidad del espermatozoide y facilitando la concepción. Su valor normal es de 0 – 4 ng/dL (24), tiene varias funciones en el carcinoma de próstata: la primera es la detección oportuna; cuando los valores séricos del APE se encuentran por arriba de los niveles de 4 ng/dL es un signo de alarma para el médico. Se considera que cuando su valor es menor de 4 ng/ml solo hay una probabilidad del 15% de encontrar cáncer de próstata, cuando los valores van de 4 – 10 ng/dL., hay una probabilidad del 30 al 35%; y cuando es mayor de 10 ng/dL, la probabilidad es de 60%.

Índices de referencia del APE ajustado a la edad:

Edad APE (ng/dL)

40 – 49	< 2.5
50 – 59	< 3.5
60 – 69	< 4.5
70 – 79	< 6.5

Ultrasonido Transrectal de la Próstata

Esta técnica ha demostrado ser una modalidad eficiente en el diagnóstico y estadificación del carcinoma prostático. Tiene una certeza en la estadificación de 64%, especificidad de 78-99% y sensibilidad de 59-84%. Se recomienda utilizar solo después de tener alteraciones en el APE o el tacto rectal (27).

Comentario [M1]: 1.Barry MJ. Prostate Specific Antigen testing for early diagnosis of prostate cancer. New England Journal of Medicine 344(18): 1373-1377, 2011.

Biopsia Prostática Transrectal

El procedimiento requiere una preparación simple que incluya antibióticos profilácticos y un lavado rectal mecánico. El índice de complicaciones es menor. El informe del patólogo puede ser adenocarcinoma de próstata, en cuyo caso nos interesará conocer el grado de Gleason. Una biopsia prostática negativa para cáncer no descarta absolutamente su presencia. De allí que el paciente con sospecha de cáncer deba ser controlado periódicamente, dejando abierta la posibilidad de repetir la biopsia en futuras ocasiones.

¿Cuál es su tratamiento específico?

Tratamiento preventivo:

Se considera imprescindible tener presente, para el seguimiento constante de esta patología, los factores de riesgo y la práctica del tacto rectal en todo paciente con más de 45 años. El paciente con factores de riesgo debe realizarse un tacto rectal anual y un PSA cada 6 meses, con vistas a detectar a tiempo cualquier alteración. En caso de tacto dudoso o alterado y/o PSA mayor de 4 ug/ml, el paciente debe ser biopsiado en busca del tumor

Variantes terapéuticas del cáncer prostático:

Existen 3 variantes terapéuticas en este tumor: la cirugía, la radioterapia y la hormonoterapia.

Conclusiones

¿Puede usted mencionar algunas medidas para el diagnóstico oportuno del cáncer de próstata?

Para responder lo anterior se dará a cada paciente un papel donde ellos expondrán sus respuestas sin necesidad de poner nombre.

Clase #7

Fecha: Febrero del 2017

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico norte

Tipo de actividad: Clase Práctica.

Temática: Cáncer de Próstata. Consolidación del tema.

Objetivos:

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

Desarrollo:

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.

Recursos: Pancartas, plumones, hojas de papel, lápices, pizarra y tizas. Todo lo necesario para lograr un mejor aprendizaje de todo lo anterior.

Clase #8

Fecha: Marzo del 2017

Hora: 1:30pm

Lugar: Local policlínico norte

Tipo de actividad: Clase Práctica.

Temática: Aplicación del ensayo nuevamente sobre el Programa de Intervención Educativa.

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 del 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 darán a conocer a cada participante su evaluación especificando que la mejor es el conocimiento que ha sido capaz de obtener de la misma. Se concluirá con una actividad recreativa propuesta por los participantes.

ANEXO III

Validación según cuestionario

Escala evaluación del nivel de conocimientos por temas.

Pregunta 1: Sobre el Cáncer de Próstata. Marque con una x

Adecuado: si marca el acápite (a,).

Inadecuado: si no marca el acápite correcto (b,c,d,e,f).

Pregunta 2: ¿A qué edad considera usted que es más frecuente la aparición del cáncer de próstata?:

Adecuado: si marca el acápite (c).

Inadecuado: si marca cualquiera de los otros acápite

Pregunta 3: ¿Cuáles son las personas que más riesgos tienen de padecer el cáncer de próstata?

Adecuado: si marca el acápite (a,c,h)

Inadecuado: si marca otro acápite

Pregunta 4: Responda verdadero (V) o falso (F) cuando se aumenta el riesgo de padecer la enfermedad.

Adecuado: si marca el acápite (b,c).

Inadecuado: si marca otro acápite

Pregunta 5 ¿Cuáles son los síntomas del cáncer de próstata?

Adecuado: si marca todos los acápite (a,b,d,g,h,i)

Inadecuado: si marca otros acápite.

Pregunta 6: Conocimiento acerca de las medidas de prevención del cáncer de próstata.

Adecuado: si menciona alguna medida

Inadecuado: si no menciona ninguna medida

