

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE HOLGUÍN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MARIANA GRAJALES COELLO.**  
**POLICLÍNICO UNIVERSITARIO “JULIO GRAVE DE PERALTA”**



Intervención educativa sobre Cáncer de próstata en pacientes con factores de riesgo.  
Prisión Provincial. Abril 2018- mayo 2019

**Autor:** Dra. Isabel Miranda Ajo.  
Residente de segundo año de Medicina General Integral.

**Tutor:** Dra. Susana Pelayo Vázquez.  
Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor.

**Asesor:** Dra. Dadiagna Duvalón Soto.  
Especialista en Segundo Grado de Medicina General Integral. Profesor Asistente.

**Tesis para optar por la condición de Especialista de Primer Grado en Medicina  
General Integral**

**Holguín, 2019**

***Pensamiento:***

*El médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva,...., en fin será un Guardián de la salud.*

*Fidel 1985*

***Dedicatoria:***

*A mis padres, por ser mi máspreciado tesoro y contar con su apoyo incondicional en cada momento decisivo en mi vida.*

*A mis amistades, por su dedicación y apoyo.*

***Agradecimientos:***

*A todas las personas que en estos años difíciles de investigación me han brindado su ayuda, estímulo y apoyo incondicional, lleguen mis más sinceros agradecimientos.*

*A mi tutora Dra. Susana Pelayo Vázquez por guiarme de forma certera en las etapas de la investigación y contribuir a mi crecimiento profesional, por su apoyo en el momento oportuno y su atención sistemática.*

*A las profesoras de la docencia Beltris Barocela Arguelles, Dadiagna Duvalón Soto su empeño, dedicación y ayuda metodológica en la realización de esta investigación.*

*Al claustro los profesores que de una forma u otra aportan su granito de conocimiento para que seamos mejores profesionales, por sus exigencias, conocimientos y apoyo.*

*A todos, muchas gracias.*

## **RESUMEN**

El cáncer de próstata es uno de los tumores malignos más frecuentemente diagnosticado, ocupando el segundo lugar entre las causas de muerte por cánceres en hombres y el quinto lugar en la incidencia general de cánceres aumentando significativamente a nivel mundial su prevalencia en dependencia de las particularidades de cada región. Se realizó un estudio cuasi-experimental con el objetivo de implementar una intervención educativa sobre el Cáncer de Próstata en pacientes con factores de riesgo. Prisión Provincial. Abril 2018 a Mayo 2019, pertenecientes al policlínico Julio Grave de Peralta. El universo de estudio estuvo constituido por 200 pacientes de 45 a 64 años de edad y con más de un factor de riesgo para adquirir la enfermedad, pertenecientes a la unidad en cuestión durante un periodo de dos meses. Se seleccionó una muestra de 100 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. La obtención de la información se basó en la aplicación de un cuestionario inicial, que permitió apreciar el poco conocimiento sobre esta enfermedad. Esto facilitó la planificación de la investigación, que se desarrolló en tres etapas: diagnóstica, ejecución y evaluación. El grupo de edades que predominó fue de 45 a 49 años con un nivel de escolaridad de secundaria terminada. El resultado referente a los factores de riesgo, las manifestaciones clínicas, las formas de prevención, los métodos diagnósticos y de tratamiento se elevó a más de 90% demostrando que luego de aplicar la intervención educativa logré modificar el nivel de conocimiento general sobre el cáncer de próstata.

**Palabras clave:** Cáncer de próstata, factores de riesgos, Intervención educativa

**INDICE**

RESUMEN

INTRODUCCIÓN..... 1

OBJETIVOS..... 7

MARCO TEÓRICO..... 8

DISEÑO METODOLÓGICO..... 16

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....21

CONCLUSIONES.....30

RECOMENDACIONES.....31

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....32

ANEXOS.

## INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de cáncer podemos decir que, el cáncer de próstata es uno de los tumores malignos más frecuentemente diagnosticado, ocupando el segundo lugar entre las causas de muerte por cánceres en hombres, y el quinto lugar en la incidencia general de cánceres. En países desarrollados como Estados Unidos, es el tumor maligno más frecuentemente diagnosticado (95,1 nuevos casos por 100.000habs.) y ocupa el segundo lugar entre las causas de muerte por cáncer en el hombre.<sup>1</sup>

Su prevalencia ha aumentado significativamente a nivel mundial, variando de un lugar a otro en dependencia de las particularidades genéticas y ambientales que caracterizan cada región. Así por ejemplo dentro de la población latinoamericana son los hombres con edades de más 60 años los que tienen una prevalencia e incidencia mayores en comparación con aquellos que a pesar de presentar una o más condicionantes se encuentran en edades más próximas a los 50 años de edad. En nuestro país la prevalencia es mayor dentro de la población cuyas edades se encuentran entre un rango amplio que comprende desde los 55 años y los 70 años o incluso más y que además presentan factores de riesgo fuertemente asociados. En el mundo se estima que alrededor de 242 millones de hombres padecieron cáncer de próstata al finalizar el año 2017, siendo la mayor parte de los casos adultos mayores, dados las tendencias mundiales al incremento de la expectativa de vida en la mayoría de los países y al hecho de que la frecuencia de sufrir cáncer de próstata aumenta con la edad. Según la Organización Panamericana de la Salud 51 millones de personas en el continente sufren por esta patología. En América, las enfermedades crónicas no transmisibles han mostrado un crecimiento exponencial en las dos últimas décadas, entre ellas las neoplasias de próstata con un 43.5%; en la actualidad se acepta de manera amplia que su desarrollo y progreso está estrechamente relacionado con factores del estilo de vida.<sup>2</sup>

Las estadísticas del 2018 en América Latina mostraron que la probabilidad de padecer cáncer de próstata es de 1 por cada 5 hombres, mucho mayor en proporción al cáncer de mama, que se estimó en 1 por cada 9 mujeres. Por su parte Eurasia refleja estadísticas realmente similares pues la probabilidad de padecer la enfermedad es de 2 por cada 8 hombres, con igual análisis de proporción al cáncer de mama en esta región. Se estima que la cifra de incidencia en el año 2018 fue de 543 000 a nivel mundial, lo que representa el 10,2 % de todos los casos positivos a neoplasias en este

sexo.<sup>3</sup>

En Cuba en 2017 en el sexo masculino los tumores malignos dejaron a su paso un total de 13956 defunciones para una tasa cruda de 249,3 donde se observa un descenso con respecto al año anterior donde hubo un total de 14190 defunciones a causa de los tumores malignos. Sin embargo, en el Cáncer de próstata en específico se observó un aumento de 66 defunciones con respecto al año anterior con un total de 3023 con una tasa de 54, y de ellas 1419 casos se encontraban en el grupo etario que estudiamos en este trabajo de 45 a 65 años. En el hombre cubano, este tipo de tumores solo están precedidas en incidencia por el cáncer de piel y en las tasas de defunciones por las de pulmón.<sup>4</sup>

En el país en el año 2017 hubo un total de 24345 defunciones por tumores malignos, con un aumento de 849 casos en el 2018 para un total de 25194 defunciones. De ellos 3120 defunciones se debieron al cáncer de próstata en 2018 aumentando en 97 casos con respecto al año 2017. De estas 3120 defunciones 101 se encontraron en pacientes en el rango de edades de 40- 59 años, 1504 defunciones se encontraron en pacientes entre 60- 79 años y 1515 en el rango de edad de más de 80 años.<sup>5</sup>

En nuestro municipio en el año 2018 hubo un total de 84 defunciones por cáncer de próstata que dio un 15,5 % del total de defunciones solo superada por el cáncer de pulmón con un 32% de los casos. Con un incremento notable en los policlínicos Alex Urquiola, Máximo Gómez, René Ávila y Pedro del Toro.<sup>6</sup>

A pesar de constituir un problema importante de salud, los factores de riesgo de esta enfermedad no han sido claramente dilucidados. Tradicionalmente se ha considerado que los factores de riesgo potenciales están relacionados fundamentalmente con el medio ambiente y los estilos de vida. Se señalan factores relacionados con la dieta, las enfermedades de transmisión sexual, las infecciones virales y la actividad física. Sin embargo, los resultados de los estudios epidemiológicos han mostrado pocas asociaciones de manera consistente; las únicas reconocidas son la de la edad, el grupo racial y la historia familiar de la enfermedad.<sup>7</sup>

Las hipótesis mejores fundamentadas hasta la fecha, involucran factores hormonales y factores genéticos, que podrían interactuar con hábitos dietéticos. Pero las características étnicas de la mayoría de las poblaciones incluidas en los estudios de referencia, difieren sustancialmente de las de la población latinoamericana, la caribeña y en especial la cubana con una población heterogénea desde el punto de vista étnico.<sup>8</sup>



Por estas razones, se realizan en Cuba estudios e investigaciones de carácter continuado con el fin de determinar el papel de algunos factores genéticos, hormonales, de estilo de vida y ambientales en el riesgo de desarrollar cáncer de próstata clínicamente manifiesto.

Las investigaciones se desarrollan con la colaboración del Instituto Catalán de Oncología y de la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer de la Organización Mundial de la Salud. Se presentan por el estudio resultados más relevantes relacionados con los hábitos de vida, los factores alimentarios y los factores genéticos.<sup>9</sup>

Es frecuente encontrar poca adherencia a los cambios en los estilos de vida porque es más fácil para el paciente tomar un medicamento que dejar de fumar, bajar de peso o comer saludable, por lo que resulta importante lograr que el paciente conozca esta enfermedad y conozca que de acuerdo a la actitud que asuma frente a ella mejorará su calidad de vida. En la mayoría de los casos, la enfermedad cursa con poco o ningún síntoma hasta que aparecen sus graves complicaciones, sobre todo a nivel del colon, cerebro, pulmón, riñones, la pelvis y las estructuras restantes de la cavidad abdominal. Éste también podría propagarse desde la próstata a otras partes del cuerpo, especialmente los huesos y los ganglios linfáticos originando una metástasis.<sup>10</sup>

La importancia clínica primordial del cáncer de próstata no es que sea una enfermedad en el sentido común, sino que es importante pues le permite al médico prever los riesgos futuros de metástasis, la infertilidad, trastornos sexuales y la muerte, es un peligro que puede controlarse al modificar el estilo de vida y un adecuado control de los factores de riesgo.<sup>11</sup>

A menudo puede ser detectado precozmente con el examen del antígeno prostático específico (PSA) en sangre. También puede detectarse el cáncer de próstata precozmente cuando se realiza un tacto rectal. Sin embargo es la presencia de una clínica lo suficientemente clara lo que nos hace encaminar nuestros pasos a los complementarios. Trastornos en el hábito defecatorio, anemia, pérdida de peso y tenesmos vesical y rectal, así como dificultades importantes en la micción o eyaculación nos indican la presencia de la enfermedad.<sup>12</sup>

Debido a que la glándula prostática se localiza justamente delante del recto, con el tacto rectal se puede apreciar si hay nódulos o áreas de consistencia dura (leñosa) en la próstata que indican a menudo que existe un cáncer. <sup>13</sup>

La Sociedad Americana del Cáncer cree que los profesionales de la salud deberían ofrecer la prueba en sangre del antígeno prostático específico, llamado comúnmente PSA (Prostate-Specific-Antigen) y tacto rectal anualmente desde los 50 años, a los varones que tengan una esperanza de vida mayor de 10 años.<sup>14</sup>

Los hombres con alto riesgo, como los afroamericanos y los varones que tengan familiares de primer grado, deberían hacerse la prueba a partir de los 45 años.<sup>15</sup>

Los profesionales de la salud deberían facilitar a sus pacientes varones un diálogo abierto sobre los beneficios y riesgos de realizarse las pruebas anualmente. Los pacientes deberían participar activamente en esta decisión para aprender sobre el cáncer de próstata y los pros y contras de la detección precoz y su tratamiento.<sup>16</sup>

El estudio de detección de cáncer de próstata, de pulmón, colorrectal y de ovario, financiado por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, está diseñado para demostrar si ciertos exámenes de detección selectiva pueden reducir el número de muertes por estos cánceres. Este estudio está evaluando la utilidad de la detección precoz con tacto rectal y nivel de PSA en sangre en hombres de 55 a 74 años. Los resultados estarán disponibles a partir de 2020, cuando finalice el estudio.<sup>17, 18</sup>

A pesar de tener la opción de realizarse a través de los medios diagnósticos los exámenes para cáncer de próstata, no todos los hombres acceden a esta. La decisión está mediada por factores culturales como: la susceptibilidad de padecer la enfermedad, la percepción de la severidad del problema o de lo que puede significar la realización del examen (beneficios que pueden obtenerse con el examen). De igual manera, el acceso al sistema de salud presenta diferenciales que determinan una mayor vulnerabilidad social para algunos grupos, y en las mesas de trabajo de seguimiento al sector salud en Venezuela se reconoce que existen inequidades importantes que favorecen a quienes viven en las ciudades y a los sectores más ricos de la población. Algunos estudios sobre la identidad masculina del latinoamericano muestran que los hombres prefieren servicios de salud que atiendan más objetivamente a sus demandas, tales como 151 percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años.<sup>19, 20</sup>

Mientras que la mujer busca con mayor frecuencia servicios relacionados con el control y la prevención, el hombre busca el servicio de salud motivado principalmente por la enfermedad, ligado a signos y síntomas específicos. La identidad masculina está culturalmente vinculada a la desvalorización del auto cuidado y a la poca preocupación con la salud. En América Latina, el régimen subsidiado y el vinculado

presentan grandes desventajas frente al contributivo; los largos tiempos de espera y los dispendiosos trámites para conseguir la consulta especializada alejan a los hombres del sistema de salud.<sup>21</sup>

Su prevención es la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control del cáncer de próstata es un reto importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos.

La adecuada percepción del riesgo que significa padecerla nos obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la erradicación del cáncer de próstata de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados, fundamentalmente la falta del ejercicio físico inadecuada dieta rica en grasa y radicales libres, elevada ingesta de sal, el tabaquismo, el alcoholismo y sobre todo las enfermedades de transmisión sexual.<sup>21</sup>

Por otra parte, es necesaria una maniobra efectiva, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que, por estar expuestos en gran medida a uno o varios factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecerla o la padecen. De este modo, es imprescindible lograr la conducta más acertada para mantener un adecuado control de los factores y los precursores de la entidad. En ambos casos, la modificación positiva de los estilos de vida es un pilar para obtener estos beneficios.<sup>21</sup>

Aunque en los últimos años se han incrementado las acciones de prevención de salud, orientadas a la detección temprana y al control del cáncer de próstata, su enfoque está centrado más en el aspecto práctico de las manifestaciones, signos, síntomas y tratamiento que en la acción preventiva. Las actividades educativas en su mayoría desconocen la fuerza de la cultura y de las creencias como componentes de las actitudes y la decisión de práctica de determinadas pruebas diagnósticas, tales como el PSA, que compromete la concepción de masculinidad y otros elementos propios del machismo latinoamericano. Este problema genera barreras comunicacionales que afectan tanto las actividades del sector salud como el acceso a los servicios de las personas en riesgo de padecer el cáncer de próstata 21

El sistema nacional de salud brinda una excelente oportunidad, a diferencia de la mayoría de los países, de enfocar el problema del Cáncer de Próstata de forma total, debido a la cobertura total de nuestra población por médicos generales y todo un personal paramédico y técnico que brinda los recursos humanos suficientes, con un

alto nivel de capacitación.<sup>21</sup>En la Prisión Provincial a todo paciente correspondiente al grupo etario de 45 a 64 años que llega a consulta se pesquiza y se realiza examen físico, explicando y enfatizando la importancia en la realización del tacto rectal y la realización del PSA.

Todo caso sospechoso se le brinda seguimiento y atención por las especialidades involucradas de acuerdo a las necesidades, sin embargo, se ha observado que estos pacientes presentan estilos de vida no saludables y poca colaboración, lo cual en la opinión del autor está condicionado por el desconocimiento acerca de la enfermedad en los mismos.

Resulta necesario el perfeccionamiento de los conocimientos acerca de la enfermedad para con ello contribuir a modificar los estilos de vida. Basados en este concepto se han desarrollado diversas investigaciones muy alentadoras sobre el tema por varios autores, los que han considerado que el auge de la enfermedad obedece al nivel insuficiente de conocimientos sobre este tema. Por lo que la autora concordó con lo anterior y consideró necesario realizar esta investigación, la cual resulta factible ya que se dispone de los recursos materiales y humanos necesarios para su ejecución, y es posible su generalización.

A partir de los elementos antes expuestos se decidió realizar esta investigación, en la cual se plantea como **problema científico**:

¿Logrará una intervención educativa modificar el conocimiento sobre el Cáncer de Próstata en pacientes con factores de riesgo en la prisión provincial en el período de abril 2018 a mayo 2019?

Planteando además como **hipótesis** que con la realización de esta intervención educativa aumentaría el nivel de conocimiento sobre esta enfermedad, un adecuado control de los factores de riesgo y la aplicación de las medidas de prevención.

## **OBJETIVOS**

### **General:**

Implementar una intervención educativa sobre Cáncer de Próstata en pacientes con factores de riesgo. Abril 2018 - Mayo 2019.

### **Específicos:**

1. Caracterizar el comportamiento de las variables clínica y epidemiológica de la población.
2. Evaluar el nivel de conocimiento sobre Cáncer de Próstata antes y después de realizada la actividad educativa.

## MARCO TEÓRICO.

La próstata ya era conocida en la antigüedad: Hipócrates (460 a. de C.) hizo la primera descripción clínica de una patología Prostática definida; Herófilo (300 a. de C.) le adjudica el nombre del latín: glándula próstata; Francisco Díaz en el primer tratado de urología, escrito por él, publicado en Madrid en 1588, hace una descripción anatómica de la próstata: ...“un pico de carne esponjosa donde se detiene la simiente para cuando se ha de expeler”. Pero no es hasta el siglo XIX, con la llegada de las técnicas microscópicas, cuando se distingue entre la hipertrofia y el cáncer de próstata, correspondiendo al inglés G. Langstaff la primera descripción en la literatura (1817). A lo largo del siglo pasado se creyó que la incidencia del cáncer de próstata era muy escasa, 242 casos recogidos hasta 1888, recomendándose por Henry Thompson en 1858 el diagnóstico mediante la realización de biopsia para el estudio microscópico especializado.

En 1900 Albarrán y Hallé fijaron la incidencia del cáncer de próstata en aproximadamente un 14% de los pacientes catalogados como portadores de una hipertrofia prostática.<sup>22</sup>

Las enfermedades neoplásicas constituyen un verdadero flagelo en la prolongación de la vida. Es así que el cáncer de próstata y sus variantes se considera en la actualidad una de las más frecuentes patologías que afecta en la comunidad, por lo que se le concibe como un padecimiento que ha cobrado auge en nuestros días que no debe ser desestimado. La enfermedad se desarrolla más frecuentemente en individuos mayores de 50 años. Es el segundo tipo de cáncer más común en hombres. Sin embargo, 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, pero hasta la fecha, las modalidades de prevención primaria conocidas son insuficientes para eliminar el riesgo de contraer la enfermedad.<sup>22</sup>

La próstata es un órgano fibromuscular y glandular que se encuentra apenas debajo de la vejiga. La próstata normal pesa casi 20 g y contiene la uretra posterior, que mide así 2.5 cm de largo. En la parte anterior tiene soporte de los ligamentos puboprostáticos y en sentido inferior del diafragma urogenital. La próstata está perforada en sentido posterior por los conductos eyaculadores, que pasan en sentido oblicuo para vaciarse a través del verumontanum en el piso de la uretra prostática, apenas proximal al esfínter urinario externo estriado. Corte

de la próstata que muestra la uretra prostática, el verumontanum y la cresta uretral, además de la apertura de la utrícula prostática y los dos conductos eyaculadores en la línea media. La próstata está rodeada por la cápsula prostática, que está cubierta por otra vaina prostática derivada de la fascia endopélvica. La próstata descansa sobre el diafragma genitourinario.<sup>23</sup>

La próstata se desarrolla como varias evaginaciones del epitelio uretral arriba y abajo de la entrada del conducto mesonéfrico. Estas simples evaginaciones tubulares empiezan a desarrollarse en cinco grupos distintivos al final de la semana 11 y están completas hacia la semana 16 (etapa de 112 mm). Se ramifican y vuelven a ramificar, terminando en un complejo sistema de conductos que se unen a las células mesenquimatosas alrededor de este segmento del seno urogenital. Estas células mesenquimatosas empiezan a desarrollarse alrededor de los túbulos hacia la semana 16 y se vuelven más densas en la periferia para formar la cápsula prostática. Hacia la semana 22, el estroma muscular se ha desarrollado considerablemente, y sigue aumentando de manera progresiva hasta el nacimiento.<sup>24</sup>

Se define cáncer de próstata al que se desarrolla en esta glándula perteneciente a los órganos glandulares del sistema reproductor masculino.

Este se produce cuando algunas células prostáticas mutan y comienzan a multiplicarse descontroladamente, donde se observa, además, un aumento notable del metabolismo celular de estas.

El cáncer de próstata al formarse en la glándula prostática, algunas veces puede palparse a través de un tacto rectal. Debido a que los otros tipos de cáncer de próstata son muy raros, cuando se habla de esta entidad, lo más factible es que se refiera a un adenocarcinoma. Es raro encontrar sarcomas, carcinoma de células transicionales, de células pequeñas, epidermoides o escamosos.<sup>27</sup> La próstata también puede ser asiento de metástasis, de cáncer de vejiga, colon, pulmón, melanoma, linfoma u otras neoplasias, por lo que nunca debe ser desestimada esta posibilidad.<sup>28</sup> La mayoría de los cánceres de próstata crecen muy lentamente y persisten durante mucho tiempo sin causar síntomas importantes. Los estudios de series de autopsias muestran que la mayoría de los hombres mayores que mueren por otras enfermedades, también tienen un cáncer de próstata que nadie había diagnosticado antes.<sup>29</sup>

Sólo alrededor de un tercio de los casos que se descubren en necropsia, se han manifestado clínicamente. Se conoce igualmente que los tumores pueden volverse

más malignos con el tiempo.<sup>30</sup> La información actual sobre los factores de riesgo del cáncer de próstata sugiere que algunos casos pueden ser prevenidos. Un posible factor de riesgo que puede ser cambiado es la dieta, existiendo relación, por ejemplo, entre el consumo de polifenoles del vino tinto y una menor incidencia de este tipo de cáncer. Romero Cajigal planteó en estudios recientes la estrecha relación de la dieta y el desarrollo posterior de cáncer de próstata. Se puede disminuir el riesgo de padecer este cáncer consumiendo una dieta baja en grasas y rica en verduras, frutas y cereales.<sup>31</sup>

El cáncer de próstata tiende a ser multifocal y con frecuencia afecta a la cápsula glandular. Al contrario de la hipertrofia benigna de próstata (HBP), el cáncer de próstata predomina en la periferia. Ambas características (multifocal y periférico) hacen que la resección transuretral (RTU) no sea una forma de terapia curativa.<sup>31, 32, 33</sup>

Estudios experimentales indican que las vitaminas y los suplementos minerales pueden disminuir el riesgo de padecerlo. El mineral selenio puede reducir asimismo el riesgo. De todas formas, hay que consumir los suplementos vitamínicos con precaución. Es más recomendable una dieta ricamente variada con predominio de alimentos de origen vegetal que animal, que contienen todos estos micronutrientes y que actúan positiva y sinérgicamente.<sup>31</sup>

Se estima que en Cuba en los próximos años aumente la incidencia debido a la tendencia demográfica, al envejecimiento poblacional y el aumento de los factores de riesgo, por lo que la prevención del cáncer de próstata, secundariamente disminuye de forma significativa la morbilidad, a expensas de más fallecidos por la patología en cuestión.<sup>32</sup>

El cese del consumo de cigarrillos disminuye en un 97% el riesgo de cáncer de próstata. En cualquier sistema de salud resulta indispensable desarrollar una cultura médica, tanto en la población como en el personal de salud que la atiende, sobre las medidas preventivas encauzadas a no adquirir factores de riesgo y controlar o eliminar los ya existentes, en aras de disminuir la quimera de las enfermedades por lo que la implementación de cualquier intervención educativa para prevenir el cáncer de próstata y sus complicaciones es de gran interés, ya que aporta beneficios no solo a los pacientes y a sus familiares, sino también al estado, sobre el cual recae una importante carga económica y social.<sup>31, 32</sup>

Cuba, es un país con un cuadro de salud envidiable en el mundo actual sobre todo en enfermedades neoplásicas, no ha logrado mantener bajas la incidencia de esta



patología, por ser muy pobre la adopción de cambios en los estilos de vida de los grupos de riesgo.<sup>32</sup>

Para controlar el aumento de las cifras de enfermos, resulta imprescindible lograr la modificación del conocimiento y los cambios en el estilo de vida de las personas, que no es más que una extensión activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir el resultado deseado.<sup>32</sup>

La debida percepción del riesgo que significa padecerla obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la aparición de Cáncer de Próstata en la población, lo que a su vez impacta sobre los factores asociados; fundamentalmente sobre el tabaquismo, el alcoholismo, la obesidad y la dieta inadecuada. En este sentido es necesario programar e integrar las acciones en todos los territorios desde el nivel local, con el propósito de ampliar las medidas de promoción de salud. Ello debe llevarse a cabo con apoyo a la prevención clínica para alcanzar metas adecuadas de prevención primaria. El equipo de salud exitoso en la lucha contra el Cáncer de Próstata será el que logre en su comunidad, con la participación de todos, el mayor impacto en tal sentido.<sup>32</sup>

De todo lo anterior se desprende la importancia de la identificación de personas con mayor riesgo de padecer la enfermedad y es precisamente la dispensarización lo que permitirá al médico de la familia un oportuno diagnóstico, seguimiento y control de aquellos pacientes que la manifiestan.<sup>15, 32</sup>

Los factores de riesgo constitucionales desarrollan un papel muy importante en la etiopatogenia del cáncer prostático, especialmente la edad, los factores étnico-raciales-geográficos y los factores genético-familiares. No podemos saber qué porcentaje de estas neoplasias se atribuye a factores constitucionales, porque el conocimiento de dichos factores es actualmente incompleto.<sup>33</sup>

Clasificación de la TNM.

Tx. El tumor primario no puede ser evaluado.

T0. No evidencia de tumor primario.

T1. Tumor no palpable ni visible por imagen.

T1a. Tumor incidental histológico en <5% material resecado.

T1b. Tumor incidental histológico en >5% material de resección.

T1c. Tumor identificado mediante biopsia por aguja por elevación de PSA.

T2. Tumor confinado dentro de la próstata.

T2a. Confinado a un lóbulo y <50% del mismo.

T2b. Confinado a un lóbulo y >50% del mismo.

T2c. Tumor que afecta a ambos lóbulos.

T3. Tumor que se extiende más allá de la cápsula prostática.

T3a. Invasión extracapsular uni o bilateral.

T3b. Invasión de vesículas seminales.

T4a. Invasión de estructuras adyacentes: cuello vesical, recto, músculos o pared pélvica.

T4b. Invasión del músculo elevador y/o pared pelviana.

Nódulos linfáticos regionales: (N)

Nx. La afectación ganglionar no puede ser evaluada

N0. No metástasis en nódulos regionales.

N1. Metástasis en nódulos regionales.

Metástasis a distancia: (M)

Mx. Las metástasis no pueden ser evaluadas.

M0. No hay metástasis a distancia.

M1. Metástasis a distancia.

M1a. Metástasis en nódulos linfáticos no regionales.

M1b. Metástasis ósea

M1c. Otra localización

El hombre con cáncer de próstata puede presentar una amplia variedad de síntomas y en ocasiones ser asintomático:

Síntomas por obstrucción del cuello vesical: la mayoría de los hombres con cáncer de próstata presenta hiperplasia prostática benigna concomitante. En algunos se puede atribuir al cáncer, pero en otros se debe a la compresión de la zona transicional. Debido a que el cáncer se desarrolla generalmente en la zona periférica, es menos probable que cause compresión, excepto cuando ha alcanzado un volumen considerable. Se presentan chorro miccional pobre, polaquiuria, sensación de vaciamiento incompleta, retención de orina. Los síntomas irritativos como urgencia y aumento en la frecuencia pueden ser causados por inestabilidad secundaria al detrusor, como respuesta a la obstrucción, debido generalmente a HPB, sin embargo, puede ocurrir en el cáncer de próstata, debido a la invasión del trigono y los nervios pélvicos.

Extensión local: Hematuria, disuria, impotencia sexual, dolor lumbar, hemospermia, disconfort vesical, incontinencia, síntomas rectales.

Síntomas de metástasis:

Locales: dolores óseos, paraplejía, agrandamiento nodular-inguinal, axilar, cervical, linfedema y dolor bajo vientre.

Sistémicos: pérdida de peso, caquexia, hemorragias (cutáneas o intestinales) y letargia, debido a anemia o uremia.

Examen físico. El examen físico rutinario externo puede no revelar anormalidades sugestivas de carcinoma prostático. Deben incluirse la inspección del hipogastrio (distensión vesical), examen abdominal y de extremidades (edema), y búsqueda de adenopatías.<sup>34</sup>

La sintomatología por cáncer de próstata avanzado es variada e inespecífica y está relacionada con la evolución y localización de las metástasis existentes.

Nosotros encontramos que al momento del diagnóstico, todos los pacientes presentaban dolor óseo, asociado a compresión medular en 8 casos (19,5%), aumento de volumen en miembros inferiores en 7 casos (17%), adenopatías inguinales y cervicales en 9 (21,9%) y 6 (14,6%) casos respectivamente, tumor abdominal gigante en un caso y sintomatología urinaria obstructiva en 12 casos (21,9%).<sup>35</sup>

Los principales instrumentos diagnósticos para obtener indicios de Cáncer de Próstata son el tacto rectal, la concentración sérica de PSA y la ecografía transrectal (ETR). El diagnóstico definitivo se basa en la presencia de adenocarcinoma en muestras de biopsia de próstata o piezas quirúrgicas. El examen histopatológico también permite la gradación y determinación de la extensión del tumor.<sup>36</sup>

Queda mucho por hacer con vistas a la reducción de los índices de morbilidad y mortalidad que muestra el mundo en relación al cáncer de próstata y sus complicaciones, pero si no se le da a la sociedad expuesta, su papel, resultará muy difícil el logro de este objetivo que involucra a las instituciones de salud y la dirección del estado en cada región, para fomentar la implementación de estrategias educativas. Se tienen identificados sus factores de riesgo, se conoce su comportamiento clínico, ahora se debe llevar esos conocimientos hasta las comunidades, para lograr el apoyo de cada individuo y fomentar la prevención de estas afecciones.<sup>37</sup>

Dentro de los métodos diagnósticos hoy en día siguen cobrando vigencia el tacto rectal donde se pueden palpar la presencia de un nódulo, induración o asimetría de la

próstata a través de la exploración rectal debe ser valorada como sospechosa en un principio. El valor predictivo positivo del tacto oscila, sin embargo, entre el 11% y el 63% según las series, lo que implica que áreas de infarto, litiasis o nódulos de hiperplasia puedan ser erróneamente atribuidos a cáncer. El PSA antígeno prostático específico ha revolucionado en las dos últimas décadas el diagnóstico y seguimiento del cáncer de próstata. El PSA es una glicoproteína de la familia de las kalikreínas producida casi exclusivamente por las células del epitelio prostático. A efectos prácticos se trata de un marcador órgano-específico, y no cáncer-específico, lo que hace de él un marcador relativamente inespecífico ya que aumenta en casos de hiperplasia benigna de próstata o en prostatitis. El punto de corte tradicional, por encima del cual se considera elevado ha sido desde los trabajos de Cooner en 1990 de 4 ng/ml. El valor predictivo positivo del marcador entre 4-10 ng/ml. El PSA, por el contrario, se muestra como un excelente marcador en la monitorización terapéutica de los pacientes, siendo su cinética tras prostatectomía radical, radioterapia u hormonoterapia determinante en el manejo de la enfermedad. Recientes aportaciones valoran la cinética antes del tratamiento como factor de pronóstico. La ETR como herramienta diagnóstica aislada tiene un valor muy limitado en el diagnóstico precoz del cáncer de próstata localizado. El valor predictivo positivo de la ecografía transrectal es en el mejor de los casos del 50%. Es decir sólo será cáncer 1 de cada 2 áreas ecográficas sospechosas; el resto corresponde a áreas de inflamación, atrofia o hiperplasia. El patrón de imagen del cáncer de próstata es muy variado. La imagen más típica de un tumor prostático es la de un nódulo hipoecoico en la zona periférica de la glándula.

Dentro de los medios terapéuticos se encuentra la prostatectomía radical la cual sigue siendo el método más utilizado para el tratamiento del cáncer de próstata localizado. Aproximadamente el 50% de los pacientes diagnosticados se someten a una intervención quirúrgica. La técnica consiste en la extirpación total de la próstata entre el cuello vesical y la uretra, así como de las vesículas seminales, acompañándose el procedimiento de manera regular por una linfadenectomía económica en la mayoría de los casos limitada a las fosas obturadoras primera estación de diseminación linfática en el cáncer de próstata. La prostatectomía radical puede ser realizada a través de tres vías de abordaje, vía retropúbica extraperitoneal, por vía perineal y más recientemente mediante abordaje laparoscópico a través de 4 ó 5 trócares abdominales. Una modificación de la técnica laparoscópica es la cirugía robótica. La

radioterapia externa (RT) es una eficaz arma para el tratamiento del cáncer de próstata localizado y localmente avanzado. No existen estudios randomizados comparativos de RT frente a cirugía radical, pero los resultados de series no comparativas demuestran una eficacia similar de ambas modalidades en el control oncológico de la enfermedad. Los desarrollos técnicos en los últimos 15 años han permitido el desarrollo de nuevas técnicas de planificación como son la RT Conformacional 3D (3D CRT) y la de Intensidad Modulada (IMRT) que permiten un aumento de la dosis administrada con menor irradiación de los órganos vecinos (vejiga y recto) lo que ha permitido una significativa disminución de morbilidad.<sup>37</sup>

## **DISEÑO METODOLÓGICO.**

Se realizó un estudio cuasi experimental tipo una intervención sobre el Cáncer de próstata en pacientes con factores de riesgo en la población en la Prisión Provincial; durante el periodo comprendido entre Abril 2018 a Mayo 2019. Con el objetivo de implementar una intervención educativa en pacientes con riesgos.

La población de estudio estuvo constituida por los 200 pacientes cuyas edades estaban entre los 45 y 64 años de edad y con más de un factor de riesgo para adquirir la enfermedad, de los cuales se tomó como muestra intencionada 100 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión:

### **Criterios de inclusión:**

1. pacientes pertenecientes al centro penitenciario en estudio.
2. pacientes cuyas edades estuvieran en el rango 45 a 64 años con más de un factor de riesgo para obtener Cáncer de próstata.
3. pacientes que estuvieran de acuerdo en formar parte de la investigación.

### **Criterio de exclusión:**

1. Pacientes con alguna discapacidad física o trastornos mentales que les impida participar en el estudio.
2. No dar el consentimiento para participar en la intervención educativa.

### **Criterio de salida:**

1. pacientes que por determinados motivos no asistieron a las actividades educativas.

Para obtener la información se utilizaron métodos teóricos y empíricos:

Entre los teóricos se encuentran:

1. Análisis y síntesis, el cual permitió analizar diferentes fuentes bibliográficas y documentos, así como generalizar los diferentes aspectos relacionados con el tema.
2. La modelación se empleó en la elaboración de un modelo teórico, que nos permitió establecer las diferentes etapas, así como las acciones presentes en la propuesta.
3. Inducción-deducción para la identificación de los elementos que sustentan y fundamentan la necesidad de implementar una intervención educativa acerca del cáncer de Próstata; además procesar y analizar los resultados.
4. Histórico-lógico para identificar las distintas etapas histórico-contextuales de la del cáncer de Próstata. Permitted procesar la información acumulada como

resultado del análisis de documentos y en la sistematización de los diferentes enfoques sobre el tema en cuestión.

El método empírico

#### 1. Cuestionario.

Previo consentimiento informado (Anexo I), se aplicó un cuestionario elaborado por el autor (Anexo II) que permitió evaluar el nivel de conocimientos acerca de la enfermedad, en el cual se utilizaron preguntas cerradas. Se les explicó a los pacientes la necesidad de obtener la información para saber dónde radicaban las mayores deficiencias en relación al objetivo del trabajo. Se aplicó a los pacientes que se encontraban en la sala de espera de la consulta con un tiempo medio de realización de 45 minutos, luego de lo cual quedaron citados para la actividad educativa.

**La intervención constó de tres etapas:**

**Diagnóstica:** se les explicó a los participantes en qué consistía el estudio, luego se les solicitó el consentimiento informado (Anexo I), luego se aplicó el cuestionario para determinar las necesidades de aprendizaje.

**Ejecución:** El grupo se dividió en 4 subgrupos de 25 participantes, quienes recibieron 7 sesiones de trabajo, de 45 minutos de duración, con cada grupo, con una frecuencia semanal, por un período de 7 semanas, lo cual incluyó conferencias y técnicas participativas-comunicativas necesarias para lograr los objetivos propuestos. Como lugar para dichos encuentros se escogió una unidad cerrada del Ministerio del Interior de Holguín, en el horario de la tarde.

**Evaluación:** Una vez implementada la intervención, se realizó la retroalimentación durante la séptima sesión en la cual se aplicó nuevamente el cuestionario con el fin de valorar la efectividad del modelo aplicado. Para ello se utilizaron las medidas de confiabilidad e individualidad usadas en la primera ocasión.

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

La información obtenida en el cuestionario se organizó en las siguientes variables:

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cualitativa discreta	45-49 50-54 55-59 60-64	Según años cumplidos.	Números absolutos y porcentos.
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal politómica	_Primaria sin terminar. _Primaria terminada. _Secundaria terminada. _Preuniversitario terminado. _Universitario terminado.	Según nivel de escolaridad alcanzado.	Números absolutos y porciento.
Nivel de conocimiento general del cáncer de próstata	Cualitativa nominal dicotómica	_Suficiente (si obtiene entre 6 y 8 puntos.) _Insuficiente (si obtiene menos de 6 puntos.)	Según las respuestas de los participantes en el cuestionario de forma general.	Números absolutos y porcentos.



Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer de próstata	Cualitativa nominal dicotómica	_Suficiente (si obtiene entre 16 y 20 puntos.) _Insuficiente (si obtiene menos de 16 puntos.)	Según las respuestas de los participantes en el cuestionario a partir del conocimiento sobre los factores de riesgo.	Números absolutos y porcentajes.
Nivel de conocimiento sobre las manifestaciones clínicas del cáncer de próstata	Cualitativa nominal dicotómica	_Suficiente (si obtiene entre 16 y 20 puntos.) _Insuficiente (si obtiene menos de 16 puntos.)	Según las respuestas de los participantes en el cuestionario a partir del conocimiento sobre las manifestaciones clínicas.	Números absolutos y porcentajes.
Nivel de conocimiento sobre las formas de prevención del cáncer de próstata	Cualitativa nominal dicotómica	_Suficiente (si obtiene entre 16 y 20 puntos.) _Insuficiente (si obtiene menos de 16 puntos.)	Según las respuestas de los participantes en el cuestionario a partir del conocimiento sobre las formas de prevención declaradas en la literatura.	Números absolutos y porcentajes.

Nivel de conocimiento sobre los métodos diagnósticos del cáncer de próstata	Cualitativa nominal dicotómica	_Suficiente (si obtiene entre 9 y 12 puntos.) _Insuficiente (si obtiene menos de 9 puntos.)	Según las respuestas de los participantes en el cuestionario a partir del conocimiento sobre los métodos diagnósticos.	Números absolutos y porcentajes.
Nivel de conocimiento sobre los métodos terapéuticos del cáncer de próstata	Cualitativa nominal dicotómica	_Suficiente (si obtiene entre 15 y 20 puntos.) _Insuficiente (si obtiene menos de 15 puntos.)	Según las respuestas de los participantes en el cuestionario a partir del conocimiento sobre los métodos terapéuticos.	Números absolutos y porcentajes.

### **Procesamiento de los datos:**

Los resultados obtenidos se expresaron en números y por cientos y fueron representados en tablas de distribución de frecuencia simple y asociadas, realizadas en Excel XP.

Se realizó la discusión de los resultados en textos procesados con Word XP que fueron comparados con la bibliografía nacional y extranjera, para arribar a conclusiones y finalmente expresar recomendaciones.

Consideraciones bioéticas.

Se les informó a todos los participantes, los objetivos de la investigación, brindándoles la posibilidad de retirarse en cualquier momento de la misma. Se tuvo presente como premisa fundamental la obtención de un consentimiento informado en dichos reclusos mediante el Anexo I, que se confeccionó para este fin. La investigación se realizó teniendo presente los criterios de Helsinki.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

La debida percepción del riesgo que significa padecerla obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la aparición de Cáncer de Próstata en la población, lo que su vez impacta sobre los factores asociados; fundamentalmente sobre el tabaquismo, el alcoholismo, la obesidad y la dieta inadecuada.

Cuba, es un país con un cuadro de salud envidiable en el mundo actual sobre todo en enfermedades neoplásicas, no ha logrado mantener bajas la incidencia de esta patología, por ser muy pobre la adopción de cambios en los estilos de vida de los grupos de riesgo.

**Tabla 1: Distribución de la población según edad.**

Grupos etarios	Población Penal	
	No	%
45-49 años	50	50
50-54 años	27	27
55-59 años	7	7
60-64 años	16	16
Total	100	100

La tabla 1 muestra la distribución etaria de la muestra escogida en la Prisión Provincial durante el periodo de estudio encontrándose la mayor cantidad de los participantes en el grupo etario de 45-49 años para un total de 50 pacientes lo que constituye el 50 % de la población en estudio.

Estos estudios no coinciden con estudios realizados en Madrid por Belén Fernández quien plantea que en su estudio la población que predominó fue mayor de 55 años. <sup>39</sup>

La autora considera que el predominio de la edad en este estudio se debe a las características propias de la unidad donde se realiza el mismo ya que en esta institución la población que predomina se encuentra comprendida entre 45 y 64 años, además se conoce que a partir de los 45 años son más frecuentes los riesgos que favorecen la aparición de esta enfermedad.

**Tabla 2: Distribución según nivel de escolaridad**

Nivel de escolaridad	Población Penal	
	No	%
Primaria sin terminar	26	26
Primaria terminada	20	20
Secundaria terminada	29	29
Preuniversitario terminado	10	10
Universitario terminado	15	15
Total	100	100

En la tabla 2 se muestra el nivel de escolaridad de la población. La autora considera importante destacar que de los 100 participantes pertenecientes a la población penal el 29 % de los mismos presentan un nivel de escolaridad de 9no grado (secundaria terminada) lo que alertó acerca de la necesidad de crear un programa sencillo y de fácil manejo que llegara a cada uno de los participantes de igual forma.

Estos resultados no coinciden con los obtenidos por Nodal Laugart R. ya que en una investigación realizada en el Policlínico Universitario “Frank País García” de Santiago de Cuba, obtuvo que el nivel educacional que predominó fue el preuniversitario para un 80%.<sup>38</sup>

La autora considera que este resultado se debe al medio donde se realizó el estudio ya que por lo general los pacientes que ingresan en el centro penitenciario provienen de familias disfuncionales, la gran mayoría de ellos de procedencia rural con bajo nivel de escolaridad.

**Tabla 3: Conocimientos general sobre el Cáncer de Próstata antes y después de la intervención.**

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No	%	No	%
Suficiente	30	30	100	100
Insuficiente	70	70	0	0
Total	100	100	100	100

En la tabla 3 se muestra el nivel de conocimiento general sobre el cáncer de próstata, donde se obtuvo como resultado que antes de la intervención el 70% de los encuestados no tenían conocimientos suficientes sobre la enfermedad y luego de aplicada la intervención se logró que el 100% representado por 100 pacientes tuvieran conocimientos suficientes sobre esta enfermedad.

Este estudio coincide con el realizado por Ángel García en Madrid España ya que más del 95 % de los pacientes estudiados tenían conocimientos generales de esta enfermedad<sup>32</sup>

Esta investigación no coincide con la realizada por Nodal Laugart R. en el Policlínico Universitario “Frank País García” de Santiago de Cuba ya que el 90% de los pacientes estudiados tenían conocimientos adecuados sobre el cáncer de prostata.<sup>38</sup>

La autora considera que es necesario que el paciente conozca esta enfermedad y conozca que de acuerdo a la actitud que asuma frente a ella mejorará su calidad de vida Es frecuente encontrar poca adherencia a los cambios en los estilos de vida porque es más fácil para el paciente tomar un medicamento que dejar de fumar, bajar de peso o comer saludable.

**Tabla 4: Conocimientos sobre los factores de riesgo de Cáncer de Próstata antes y después de la intervención.**

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No	%	No	%
Suficiente	32	32	90	90
Insuficiente	68	68	10	10
Total	100	100	100	100

En la tabla 4 se muestra el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo, donde se obtuvo como resultado que antes de la intervención el 68% de los encuestados no reconocieron los factores que pudieran desencadenar la enfermedad y luego de aplicada la intervención se logró que el 90% representado por 90 pacientes modificaran sus conocimientos sobre el tema, los factores de riesgos más identificados fueron el genético, la dieta inadecuada y las infecciones de transmisión sexual.

Esta investigación coincide con la realizada por Nodal Laugart R. en el Policlínico Universitario “Frank País García” de Santiago de Cuba ya que el 94% de los pacientes conocían los factores de riesgo asociados al cáncer de próstata y de cómo estos influían de forma positiva para el desarrollo posterior de la enfermedad en cuestión.<sup>38</sup>

Este estudio no coincide con el realizado en España por Ferrís Tortajadas ya que el 57% de los pacientes estudiados no tenían conocimientos sobre los factores de riesgo de la enfermedad<sup>33</sup>.

Además, la autora considera que el desconocimientos de la población penal sobre los factores que favorecen la aparición de la enfermedad asociado a la no percepción del riesgo han contribuido en gran manera a la aparición del cáncer por lo que los resultados obtenidos han sido muy positivos ya que los estilos de vida saludables y la práctica de sexo protegido ayudaran al control adecuado los factores de riesgo.

**Tabla 5: Conocimientos sobre las manifestaciones clínicas del cáncer de próstata antes y después de la intervención.**

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No	%	No	%
Suficiente	35	35	93	93
Insuficiente	65	65	7	7
Total	100	100	100	100

La tabla 5 hace referencia al nivel de conocimiento sobre las manifestaciones clínicas en los pacientes con riesgo antes y después de la intervención, nos llama la atención que antes de aplicar la encuesta un 65% desconocía que la misma tenía manifestaciones clínicas de índole genital y extragenital, aspecto que se modificó, pues el 93% para un total de 93 pacientes reconoció las manifestaciones clínicas más importantes después de aplicada la intervención educativa.

Este resultado no coincide con lo planteado por Belén Fernández, donde en estudios realizados en la población de riesgo en la ciudad de Madrid de los individuos estudiados el 60% tenían conocimientos adecuados acerca de las manifestaciones clínicas del cáncer de próstata, lo que brinda la oportunidad de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno<sup>39</sup>.

Por otra parte, la autora considera que a través de los medios de difusión masiva se puede seguir instruyendo a la población acerca de la clínica del cáncer de próstata, pues la tendencia actual es confundir la misma con otras afecciones benignas. Lo anterior expuesto condicionado con las características especiales de la población penal y considerando que la educación del paciente de riesgo es el elemento primordial para el mejor control de la enfermedad y sus manifestaciones clínicas, constituye un arma de inestimable valor para su control.

**Tabla 6: Conocimientos sobre las formas de prevención Cáncer de próstata antes y después de la intervención.**

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No	%	No	%
Suficiente	12	12	94	94
Insuficiente	88	88	6	6
Total	100	100	100	100

La tabla 6 muestra los conocimientos sobre las formas de prevención del cáncer de próstata antes y después de la intervención. Antes de aplicar la intervención solo el 12 % de los pacientes tenía conocimientos sobre el tema y posteriormente este valor ascendió a un 94% representado por 94 pacientes.

Este estudio coincide con Tamayo Tamayo I, en estudios realizados en Hospital Provincial Docente Clínico quirúrgico “Saturnino Lora Torres”, Santiago de Cuba, se determinó por el 97% de la población en estudio que la mejor forma de prevenir el cáncer de próstata es el adecuado control sobre los factores de riesgo y conseguir la curación de todos los casos.<sup>40</sup>

La autora considera que se debe educar a la población sobre las formas de prevenir el cáncer de próstata, apoyado en lo establecido por el Programa Nacional para el Diagnóstico Precoz del Cáncer de Próstata, además se debe trabajar sobre los factores desencadenantes. Sin embargo, se evidencia una contradicción entre el incremento del número de fallecidos por esta causa y las acciones de promoción y prevención que ejecuta el Sistema de Salud Cubano, razón que sirvió de motivación para efectuar modificaciones importantes con el fin de reducir el desarrollo de la enfermedad e incentivar la responsabilidad individual para la prevención temprana de esta neoplasia.



**Tabla 7: Conocimientos sobre los métodos diagnósticos para el cáncer de próstata antes y después de la intervención.**

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No	%	No	%
Suficiente	38	38	98	98
Insuficiente	62	62	2	2
Total	100	100	100	100

La tabla 7 muestra el conocimiento acerca de los diferentes métodos diagnósticos de los que se dispone en la actualidad, el nivel de conocimiento acerca de los mismos resultó un 38%. Referente a los métodos luego de aplicada la intervención, el más conocido fue el ultrasonido prostático identificado por un 98% de los pacientes aunque también mencionaron de manera simultánea el tacto rectal, el PSA y la biopsia.

Este estudio no coincide con los resultados expresados por Tamayo Tamayo I, en estudio realizado sobre la detección temprana y métodos diagnósticos del cáncer de próstata en Santiago de Cuba, donde el 95% de los participantes en el estudio refirieron conocer el ultrasonido prostático, igualmente, el tacto rectal constituyó una posibilidad reciamente desestimada, seguido de la realización de la biopsia no siendo así con la realización del PSA examen al cual luego de realizada la intervención tuvo mejor aceptación.<sup>40</sup>

A partir de lo anterior, la autora considera que esto se debe a los factores socioculturales existentes en nuestro pueblo, los cuales se expresan de forma importante en el género masculino de la actualidad, destacándose el hombre cubano. Se considera bochornoso por parte de la población penal permitir la realización del tacto rectal; la PSA a pesar de ser un método diagnóstico generalmente desconocido y que incluye la toma de muestra sanguínea, tuvo mejor aceptación no siendo así con la biopsia. Por lo tanto, se debe informar de forma general sobre estos temas, en qué consisten y acabar con los tabúes que entorpecen y ponen en peligro la calidad de vida de los individuos.

**Tabla 8: Conocimiento acerca de los posibles métodos de tratamiento para el Cáncer de Próstata antes y después de la intervención.**

Nivel de conocimiento	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	No	%	No	%
Suficiente	32	32	99	99
Insuficiente	68	68	1	1
Total	100	100	100	100

La tabla 8 muestra el nivel de conocimiento acerca de los posibles medios de tratamiento para el cáncer de próstata de los que se dispone en la actualidad, los datos ofrecidos en la primera etapa de la investigación fueron importantes, ya que un 68% de los encuestados consideraron que el cáncer de próstata no tenía tratamiento. Lo cual se logró revertir y luego de la intervención el 99% de los pacientes conocían los medios de tratamiento donde la quimioterapia fue el medio de más reconocimiento seguido por la cirugía y el tratamiento hormonal.

Este estudio coincide con los resultados expresados por Tamayo Tamayo I, en estudio realizado en Santiago de Cuba, sobre los posibles medios de tratamiento que ofrece nuestro sistema de salud para el cáncer de próstata, donde el 92% de los participantes en el estudio refirieron conocer los medios de tratamiento existentes, coincidiendo la cirugía como posibilidad de tratamiento y referencias similares al resto de las posibles opciones.<sup>40</sup>

La autora considera que estos resultados se deben a las creencias personales cuya base se encuentra en que una vez diagnosticado el cáncer no queda otra opción que esperar la muerte. Esto obedece a las características de otras neoplasias, las cuales son más agresivas y la población en general se ve expuesta con más frecuencia a ellas, generando pocas expectativas de vida en los casos positivos. Además se considera la cirugía como posibilidad de tratamiento, pues en ocasiones una vez resecado el tumor, la expectativa de vida en los pacientes sometidos a este tratamiento se extiende considerablemente. Una vez aplicada la intervención los

encuestados seleccionaron las opciones presentadas encaminadas a el tratamiento de los casos que pudieran ser positivos a cáncer de próstata, permaneciendo solo un 1% en la posición de que el cáncer de próstata no tiene posibilidad de ser tratado.

**CONCLUSIONES:**

En la población en estudio el grupo de edades que predominó fue de 45 a 49 años, con un nivel educacional de secundaria terminado. Luego de aplicar la intervención educativa logré modificar el nivel de conocimiento general del cáncer de próstata, los factores de riesgo, sus manifestaciones clínicas, formas de prevenirlo, los métodos diagnósticos y las posibilidades de tratamiento del mismo.

## **RECOMENDACIONES**

Incrementar la labor educativa en la población de riesgo como objeto de nuestro contenido de trabajo para fomentar estilos de vida saludables y actuar de manera oportuna sobre los factores de riesgo modificables.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navarro M, Montes J, Tagle R. Epidemiología de los cánceres urológicos. en [la tercera región de Atacama](#). Servicio de Urología, Hospital Regional de Copiapó. Rev. Chilena de Urología. 2004; 69(3): 230- 236.
2. Castelo Elias-Calles L, Machado Porro MC. Algunas consideraciones sobre el síndrome de PADAM.. Rev. Cubana Endocrinol. [Internet]. 2006 Ago. [citado 2018 dic. 5]; 17(2): [Aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532006000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000200006).
3. Hala Aziz S, Mohamed R. Prognostic Clinico-Pathological Features of 99 Cases Advanced Non-Small Cell Lung Cancer—Egyptian National Cancer Institute. [Advances in Lung Cancer](#)[Internet] 2016 Jun [citado 2019 mar. 16]; 4(3): [Aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Salud Pública 2016. La Habana. Editorial: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2017.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Salud Pública 2016. La Habana. Editorial: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2018.
6. Centro de Salud e Higiene Municipal. Tablas Estadísticas de ECNT del año. Holguín: Editorial: Centro de Salud e Higiene Municipal; 2017.
7. [Association and Dietitians of America](#): Vegetarian diets. Position of the American Dietetic. Journal Am Diet Assoc. 2003; 1: 748-65.
8. Ross RK, Shimizu H, Paganini-Hill A, Honda G, Henderson BE. Case-control studies of prostate cancer in blacks and whites in southern California. Journal Natl Cancer Inst. 1987; 78: 869-74.
9. Grupo Español de Cáncer de Próstata. Cáncer de Próstata. [Internet] España: GECP; 2011 [Citado 2019 may 15]. Disponible en: <http://www.gecp.org>.
10. Larrínaga B, Córdoba A, Gómez M. Factores pronósticos relacionados con la histología de los tumores. [Internet] España: San Navarra; 2013. [citado 23 enero 2014]. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/5532/3245>.
11. Saiz Martínez-Acosta I, Rubio Colavida J, Espiga López I, Alonso de la

- Iglesia B, Blanco Aguilar J, Cortés Mancha M. Plan nacional de prevención y control del tabaquismo. Rev. española de Salud Pública [Internet] 2013 julio-agosto. [Citado 23 de marzo del 2015]; 77(3): [Aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272003000400004>
- 12.. Cáncer de próstata, síntomas y signos, como diagnosticarlo. [Internet] España: Sociedad de Oncología; 2011[Citado 2019 mar 15].Disponible en: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancerdepulmon/Paginas/diagnostico.aspx..>
  13. Barry M.J. The American Urological Association symptom index for prostatic cancer. New York: Committee of the American Urological Association; 2013.
  14. Steven P, Glenn J. Prostate-Specific Antigen. Journal of Clinical Oncology. 2013; 28(2): 383-91.
  15. Catalona W.J., Richie J.P., Ahmann F.R. Comparison of digital rectal examination and serum prostate specific antigen in the early detection of prostate cancer: results of a multicenter clinical trial of 6,630 men. Journal Urology. 2014; 151(5): 1283-90.
  16. Steven P. Balk, YooJoungKo, Glenn J. Bubley. Biology of Prostate-Specific Antigen. Journal of Clinical Oncology. 2003; 28(2): 383-91.
  17. Ivory L. Clinical Aspects of Prostate Cancer. Assessment of New Diagnostic and Management Procedures. Proceedings of a workshop of the Prostate Cancer Working Group of the National Cancer Institute's Organ Systems Program; 2014 Oct 16-19. New York: Prout's Neck, Maine. 2015.
  18. Myrtle JF. Normal levels of prostate-specific antigen (PSA). En: Edited by WJ Catalona, DS Coffey, JPKarr. Clinical aspects of prostate cancer: assessment of new diagnostic and management procedures. New York: Elsevier; 2014
  19. Castelo E, Machado L. Urothelial Carcinoma. Rev. Cubana Endocrinol. 2012; 17(2): 1246.
  20. Carter HB (May 27, 2004). Prostate cancers in men with low PSA levels--must we find them?. N Engl J Med. 2004; 350(22): 2292-4.
  21. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Pautas para la Gestión 2012. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
  22. Steive H. Männliche Genital organe. Handbuch der mikroskopisch en

Anatomie des Menschen. Vol. VII. Germany: Berlin Springer, 2015.

23. Tanagho EA, Lue TF. Anatomía del aparato genitourinario. En: Smith y Tanagho. Urología general, Honduras: FACS, ScD. [citado 2018 abr. 20]. Disponible en: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1487&sectionid=1487>
24. Tanagho EA, Nguyen HT. Embriología del aparato genitourinario. En: Smith y Tanagho. Urología general. [citado 2018 abr. 20]. Disponible en: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1487&sectionid=1487>
25. Da Silva M. Diagnostic Workup of Prostate Cancer. Surgery Oncology Clinic. N. Am. 2013; 20: 876–978.
26. Caballero Romeo J.P. Prostatectomía radical: comparación de los resultados obtenidos durante la prostatectomía radical retro pública. España: Elsevier; 2014.
27. Ward J.F. Biopsy for the patient with locally advanced prostate cancer. Journal Urology Rep. 2013; 4: 196-204.
28. Carter HB. Prostate cancers in men with high PSA levels. England. J. Med. 2014; 350(22): 2292-4.
29. Rotman M, Aziz H, Pérez C.A, Brady L.W. Principles and practice of radiation oncology (3a ed.). Filadelfia: Lippincott-Raven; 2012.
30. Espinosa-Brito A. Factores de riesgo de las enfermedades crónicas: algunos comentarios. Rev. Finlay [Internet]. 2015 [citado el 2018 abril 6]; 5(1): [Aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/336>.
31. Journal American Dietitians Association. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of America: Vegetarian diets. 2013.
32. Ángel García J. El cáncer de próstata en la actualidad y lo conocimientos de la población de riesgo. Madrid. España. Elsevier [Internet]. 2014 [citado 2019 en. 9]; Disponible



- en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021048062006000700004&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021048062006000700004&script=sci_arttext&lng=pt).
33. Ferrís Tortajada J, García Castell J, Berbel Tornero O, Ortega-García JA Factores de riesgo constitucionales en el cáncer de próstata. Actas urológicas española. 2011; 35(5): 282-288
  34. [Sagué Larrea JL. Urología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.](#)
  35. Astigueta J.C., Abad M.A., Morante C., Pow-Sang M.R., Destefano V., Montes J. Patrón de presentación del cáncer de próstata avanzado en pacientes menores de cincuenta años. Actas Urol Esp [Internet]. 2010 Abr [citado 2019 feb. 20]; 34(4): [Aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062010000400004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062010000400004&lng=es).
  36. Heidenreich A, Bolla M, Joniau S, Mason MD, Matveev V, Mottet N [et.al]. Guía clínica sobre el cáncer de prostate. España: European Association of Urology; 2010.
  37. Castañeira Fernández J. Libro del Residente de Urología. La Habana: Editorial científico Técnica; 2007.
  38. Nodal Laugart R, Rodríguez Ardí M, Domínguez Fabars A. Conocimientos de factores de riesgo de cáncer de próstata en el Policlínico Universitario Frank País García. Santiago de Cuba. 2012. Rev. Cubana Salud Pública. [Internet]. 2012 [citado 21 septiembre del 2014]; 33(1): [Aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662007000100014&lng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662007000100014&lng=pt).
  39. Belén Fernández E., Rosquete López G, Sariol Matías SR, Mena Fernández M. Las manifestaciones clínicas del cáncer de próstata brindan la oportunidad de un diagnóstico de certeza y tratamiento precoces. Madrid. España. Actas Urología [Internet]. 2012 [citado 13 septiembre del 2014]: [Aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021048062006000700004&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021048062006000700004&script=sci_arttext&lng=pt).
  40. Tamayo Tamayo I. Intervención sobre prevención y métodos diagnósticos del cáncer de próstata. Hospital Provincial Docente Clínico quirúrgico Saturnino Lora Torres. Santiago de Cuba. 2012. Revista cubana Salud

Pública. [Internet]. 2012 [citado 21 septiembre del 2014]; 33(1): [Aprox. 3 p.].  
Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100014&ln](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100014&ln).

## ANEXO I.

Consentimiento informado.

Yo \_\_\_\_\_, conozco que en una unidad cerrada provincial de Holguín se realizará una investigación sobre el Cáncer de próstata por mi médico de atención, el mismo me ha informado que mi participación es estrictamente voluntaria y que en todo momento se respetará mi moral e integridad física. Además que los resultados serán utilizados en el bienestar de la población que padece la enfermedad y en beneficio de mi salud.

Conozco que los datos aportados por mí no serán revelados a personas e instituciones ajenas a la investigación sin mi consentimiento, además que puedo retirarme de la investigación si así lo deseo sin que esto afecte la relación médico paciente.

Por todo lo anterior decido firmar el presente documento.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

## ANEXO II.

### Encuesta.

La presente encuesta forma parte del trabajo investigativo en el cual se exploran diferentes aspectos relacionados con el cáncer de próstata. Necesitamos su cooperación con el propósito de conocer el nivel de conocimiento que usted posee respecto al presente tema. Por favor lea con cuidado cada pregunta antes de responder, y siga las indicaciones. Le agradecemos su participación y que conteste certeramente lo que piensa sobre lo que le preguntamos. Le recordamos que este es un documento estrictamente confidencial. Gracias por su colaboración.

### Encuesta

#### Edad.

#### Grado escolar terminado.

1. En relación al cáncer de próstata marque con una x las características generales que usted conozca.
  - a) ☐ La próstata es un órgano glandular del sistema reproductor masculino.
  - b) ☐ El cáncer se produce cuando las células varían y se multiplican descontroladamente.
  - c) ☐ el cáncer es una enfermedad benigna del aparato reproductor masculino.
  - d) ☐ Este tipo de cáncer crece lentamente y durante mucho tiempo la persona no presenta síntomas aparente.
  - e) ☐ Las personas que presentan este tipo de cáncer nunca presentan síntomas urinarios.
  - f) ☐ Unos de los primeros síntomas que aparecen en estos paciente son los del aparato genitourinario.
2. Selecciona del listado siguiente cuales constituyen factores de riesgo que ayuden al desarrollo de la enfermedad.
  - a) ☐ practicar ejercicios todos los días.
  - b) ☐ ingerir abundantes bebidas alcohólicas y cigarros.
  - c) ☐ presencia de enfermedades de transmisión sexual.

- d) ☐ la herencia de nuestro padre y abuelos en relación a las enfermedades que hayan padecido.
  - e) ☐ ingerir alimentos con grasas de origen animal (de cerdo, de pollo...).
  - f) ☐ ingerir abundantes frutas, vegetales y cereales.
  - g) ☐ presencia de otro tipo de cáncer en el cuerpo.
3. Se debe sospechar que presenta esta enfermedad cuando.
- a) ☐ no puede orinar de forma normal, con chorro en regadera.
  - b) ☐ tiene que pujar para lograr orinar.
  - c) ☐ padece de diarreas de forma habitual.
  - d) ☐ presenta problemas en la erección.
  - e) ☐ le duele con frecuencia debajo de los testículos.
  - f) ☐ el chorro de orina es fino y débil.
  - g) ☐ no duerme bien y suda mucho.
  - h) ☐ pasa de los 50 años de edad.
  - i) ☐ ha perdido peso y está muy pálido.
4. El cáncer de próstata se puede prevenir. Selecciona las opciones que consideres adecuadas.
- a) ☐ Ingerir abundantes carnes rojas y manteca de cerdo.
  - b) ☐ Práctica de ejercicios físicos.
  - c) ☐ Usar preservativos durante las relaciones sexuales.
  - d) ☐ Acudir al médico si presenta secreciones en los genitales
  - e) ☐ Ingerir abundantes frutas y vegetales.
  - f) ☐ Tener conductas sexuales promiscuas y desprotegidas.
  - g) ☐ Evitar permanecer sentado en los automóviles por tiempo prolongado
5. Selecciona de las siguientes opciones cuales pueden ayudar a diagnosticar el cáncer de próstata.
- a) ☐ La realización del tacto rectal.
  - b) ☐ La prueba PSA.
  - c) ☐ El ultrasonido de próstata.
  - d) ☐ La biopsia de próstata.
  - e) ☐ Ninguna de las anteriores.

6. Selecciona de las siguientes opciones cuales consideras posibles formas de tratamiento para el cáncer de próstata.

- a) \_Tratamiento con sueros citostáticos
- b) \_Radiaciones.
- c) \_La operación de la próstata.
- d) \_El tratamiento con hormonas.
- e) \_Medicina verde, medicina china.
- f)\_No existe forma de tratamiento alguna.

### ANEXO III.

Normas de calificación del cuestionario. (Total 100 puntos)

#### 1) Características generales del cáncer de próstata.

Normas de calificación: Deberán considerarse respuestas correctas las siguientes:  
a, b, d, f cada inciso vale 2 puntos. (Total 8 puntos).

Suficiente cuando señala 3 o más incisos correctos. (6 y 8 puntos).

Insuficiente cuando señala menos de 3 incisos correctos o señala los incorrectos.  
(Menos de 6 puntos)

#### 2) Conocimiento sobre los factores de riesgo de Cáncer de Próstata.

Normas de calificación: Deberán considerarse respuestas correctas las siguientes:  
b, c, d, e, g cada inciso vale 4 puntos. (Total 20 puntos).

Suficiente cuando señala 4 o más incisos correctos. (16 y 20 puntos).

Insuficiente cuando señala menos de 4 incisos correctos o señala los incorrectos.  
(Menos de 16 puntos).

#### 3) Conocimiento sobre las manifestaciones clínicas del Cáncer de Próstata.

Normas de calificación: Deberán considerarse respuestas correctas las siguientes:  
a, b, d, e, f y cada inciso vale 4 puntos. (Total 20 puntos)

Suficiente cuando obtiene entre 16 y 20 puntos.

Insuficiente cuando señala menos de 4 incisos correctos o señala los incorrectos.  
(Menos de 16 puntos).

#### 4) Conocimiento sobre la Prevención del Cáncer de próstata.

Normas de calificación: Deberán considerarse respuestas correctas las siguientes:  
b, c, e, g y cada inciso vale 5 puntos (Total 20 puntos)

Suficiente: cuando obtiene entre 15 y 20 puntos.

Insuficiente: cuando señala menos de 3 incisos correctos o señala los incorrectos.  
(Menos de 15 puntos).

#### 5) Conocimiento sobre métodos diagnósticos del Cáncer de próstata.

Normas de calificación: Deberán considerarse respuestas correctas las siguientes:  
a, b, c, d y cada inciso vale 3 puntos. (Total 12 puntos)

Suficiente cuando obtiene entre 9 y 12 puntos.

Insuficiente cuando señala menos de 3 incisos correctos o señala los incorrectos.  
(Menos de 12 puntos).

6) Conocimiento sobre las posibilidades de tratamiento del cáncer de próstata.  
Normas de calificación: Deberán considerarse respuestas correctas las siguientes:  
a, b, c, d y cada inciso vale 5 puntos.( Total 20 puntos)

Suficiente cuando señala 3 o más incisos correctos.(15 y 20 puntos).

Insuficiente cuando señala menos de 3 incisos correctos o los incorrectos.(menos de 15 puntos).



## **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

**Título:** Intervención educativa sobre cáncer de próstata en una unidad cerrada del MININT.

### **Objetivos del programa educativo.**

#### **General:**

Elevar el nivel de conocimientos del grupo seleccionado sobre el cáncer de próstata en cuanto a factores de riesgo, manifestaciones clínicas, prevención, métodos diagnósticos y posibilidades de tratamiento de la enfermedad.

#### **Específicos:**

1. Describir los factores de riesgo del cáncer de próstata.
2. Explicar las manifestaciones clínicas fundamentales.
3. Orientar las principales medidas para la prevención cáncer de próstata.
4. Explicar los métodos fundamentales de diagnóstico del cáncer de próstata.
5. Explicar las posibilidades de tratamiento del cáncer de próstata.

### **Sesión 1.**

Tema: Introducción al programa educativo.

Objetivos:

1. Presentar a los participantes y crear relaciones cordiales entre los mismos.
2. Presentar el curso y sus objetivos.
3. Motivar a la divulgación de los temas impartidos a compañeros, familiares y otros.

- Introducción: Se realizó por parte del autor la presentación de la investigación además de la presentación de cada participante a través de la técnica: Presentación, esta consiste en: Se le indica al grupo que intercambien información de pareja durante 3 o 4 minutos. Luego cada miembro se presenta en plenario.
- Actividad principal. Se abordan los temas relacionados con la investigación, teniendo en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar, duración y se realizarán algunas preguntas acerca de los mismos.
- Cierre. Breve resumen de la labor a realizar y se precisa cuando será el próximo encuentro.

Tiempo: 45 minutos.

Métodos de enseñanza: Conferencia.

Medios: Humanos.

## **Sesión 2.**

Tema: Factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de próstata.

Objetivos:

1. Mostrar situación actual del cáncer de próstata.

2. Definir el cáncer de próstata.

➤ Introducción.

Se explicará el comportamiento de los factores de riesgo fundamentales para el desarrollo de cáncer de próstata haciendo particular énfasis en nuestro país.

➤ Actividad principal. Mediante la lectura dirigida se expondrán los factores de riesgo para el cáncer de próstata.

➤ Cierre: Se le reparten tarjetas con diferentes interrogantes relacionadas con la temática expuesta y cada participante irá exponiendo lo que domina del asunto y sus compañeros podrán ampliar la respuesta, propiciando un debate que demostrará lo aprendido.

Se precisará cuando será el próximo encuentro.

Tiempo. 45 minutos.

Método de enseñanza: Conferencia.

Medios: Humano. Tarjetas y poster. Material de oficina.

## **Sesión 3.**

Tema: Manifestaciones clínicas del cáncer de próstata.

Objetivos:

1. Describir las manifestaciones clínicas.

➤ Introducción: Para lograr la estimulación en este encuentro algunos de los participantes relatarán una experiencia relacionada con el tema.

➤ Actividad principal: Se dividirá el grupo en 3 subgrupos, a los que se le entregará a cada uno de ellos una situación que simulará un problema de salud, para que lo lean y analicen tratando de reconocer las manifestaciones clínicas presentes en cada situación. Posteriormente se realizará una exposición detallada de las conclusiones a las que arribará cada subgrupo.

Las manifestaciones clínicas serán escritas en una pizarra que permitirá al final de la exposición establecer un debate que involucrará a todos los participantes, dirigido por el autor que puntualizará en las verdaderas manifestaciones clínicas y las explicará.

- Cierre. Se realiza un resumen de las manifestaciones clínicas y complicaciones del cáncer de próstata y se aclaran las dudas.

Se precisará cuando será el próximo encuentro.

Tiempo: 45 minutos.

Método de enseñanza: Clase práctica.

Medios: Humano, Material de apoyo, Pizarra y marcador.

#### **Sesión 4.**

Tema: Prevención del cáncer de próstata.

Objetivos:

1. Importancia del control de los factores de riesgos y su prevención.

- Introducción: Para dar inicio a este encuentro se recordarán en conjunto aspectos del tema impartido en el encuentro anterior.
- Actividad principal.: El moderador explica el tema. A continuación se realiza una discusión y debate grupal sobre las medidas para prevenir el cáncer de próstata.
- Cierre: Se realizarán preguntas de control sobre el tema impartido y se les pedirá que narren alguna vivencia particular.

Tiempo: 45 minutos.

Métodos de enseñanza: Clase práctica.

Medios: Humanos.

#### **Sesión 5.**

Tema: Métodos diagnósticos del cáncer de próstata.

Objetivos:

- 1) Explicar Métodos diagnósticos del cáncer de próstata.

- Introducción:

Se hace un breve resumen de la actividad anterior.

- Actividad fundamental:

Se impartirá una conferencia sobre la conducta a seguir en un caso sospechoso o confirmado de cáncer de próstata, donde se explicarán las técnicas diagnósticas haciendo énfasis en el tacto rectal, la realización de la PSA y la biopsia.

➤ Cierre:

Al finalizar a forma de resumen para reafirmar los conocimientos adquiridos se realizan preguntas control.

Se precisará cuando será el próximo encuentro.

Tiempo: 45 minutos.

Métodos de enseñanza: Conferencia.

Medios: Humanos.

## **Sesión 6.**

Tema: Posibles tratamientos para el cáncer de próstata.

Objetivos:

1) Explicar los posibles tratamientos del cáncer de próstata.

➤ Introducción:

Se hace un breve resumen de la actividad anterior.

➤ Actividad fundamental:

Se impartirá una conferencia sobre los posibles tratamientos a seguir en un caso sospechoso o confirmado de cáncer de próstata, donde se explicarán las opciones de tratamiento haciendo énfasis en la radio y quimioterapia, la realización de la cirugía transuretral y la terapia hormonal complementaria.

➤ Cierre:

Al finalizar a forma de resumen para reafirmar los conocimientos adquiridos se realizan preguntas control.

Se precisará cuando será el próximo encuentro.

Tiempo: 45 minutos.

Métodos de enseñanza: Conferencia.

Medios: Humanos.

## **Sesión 7.**

Tema: Conclusiones.

Objetivo.

1) Aplicación de la encuesta final

➤ Introducción: A manera de resumen se propone la aclaración de las dudas que pueden existir y se aclaran las mismas.

➤ Actividad Fundamental: Se aplicará la encuesta pidiéndoles a los participantes que no pongan su nombre y que contesten con sinceridad lo que se les pregunta.

- Cierre: Para concluir se hace énfasis en el conocimiento adquirido para determinar los factores de riesgo, para prevenir la enfermedad e identificar los síntomas y signos que la caracterizan, enfatizar una vez más en la importancia del Tacto rectal y la PSA. Luego cada uno opina sobre los aspectos positivos y negativos que le brindó esta intervención educativa.

Finalmente se le ofrecen las gracias por la participación en desarrollo de esta investigación.

Tiempo: 45 minutos.

Métodos de enseñanza: Diagnóstico final.

Medios. Humanos.