

**Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería**

**Tesis para optar por el grado de
Licenciatura en Enfermería**

**ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE UN GRUPO DE HOMBRES EN RELACIÓN
A LA DETECCIÓN DE PADECIMIENTOS PROSTÁTICOS: UN ANÁLISIS
DESDE LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE IMOGENE M. KING,
CONSULTORIO MÉDICO BANCO POPULAR. 2015**

Ana Rosa Zeledón Umaña

**Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
Costa Rica
2015**

DEDICATORIA

A la memoria de mi padre Rafael Elías Zeledón Cartín quien se hubiese sentido muy feliz de poder acompañarme en este momento tan importante de mi vida, que con su esfuerzo y dedicación en compañía de mi madre Rose Mary Umaña Barboza me dieron la mejor herencia que se le puede dar a una hija: la oportunidad de estudiar.



AGRADECIMIENTO

A mi Dios que en todo momento me ha bendecido y guardado, ha hecho resplandecer su rostro amoroso sobre mí, me ha visto con ojos de misericordia y me ha dado paz en este año, el más difícil de mi vida.

A mi familia, mis hermanos, abuelos y en especial a mi mamá que ha sido mi mejor amiga, apoyo, ayuda y confidente.

A la familia que no lleva mi sangre pero está en mi corazón, mis amigos que me han dado su apoyo para seguir adelante.

Al personal de la Escuela de Enfermería y muy especialmente al M.Sc. Denis Carrillo Díaz quien sin conocerme acepto ser el director de esta tesis creyó en mí y me apoyó en todo momento.

A la Dirección del Banco Popular que me permitió realizar esta investigación en el Consultorio Médico de Empresa y a cada uno de los hombres participantes de este proyecto que estuvieron dispuestos a compartir conmigo sus experiencias de vida para así enriquecer la mía.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

Escuela de
Enfermería

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **10 de noviembre 2015**, con el objeto de recibir el informe oral del/ la estudiante **Ana Rosa Zeledón Umaña**, carné **A14058**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Deniz Carrillo Díaz, Director
Kattia Medina Arias, Lectora
Vivian Vílchez Barboza, Lectora
Shirley Vargas Chaves, Quinto miembro
Ligia Murillo Castro, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Ana Rosa Zeledón Umaña** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Ana Rosa Zeledón Umaña**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Actitudes y prácticas de un grupo de hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos: un análisis desde la teoría de los sistemas de Imogene M. King. Consultorio Médico Banco Popular.2015”**.

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

INDICE

CAPITULO I: EL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.1. Introducción	8
1.2. Antecedentes	12
1.3. Justificación	19
1.4. Problema (¿Pregunta?)	24
1.5. Objetivos	25
CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL	26
2.1. Marco teórico	28
2.2. Marco conceptual	37
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	61
3.1. Enfoque de la investigación	62
3.2. Tipo de estudio	63
3.3. Población	67
3.4. Sujetos Informantes	69
3.5. Instrumento de recolección de la información	71
3.6. Aspectos Bioéticos de la Investigación	74
3.7. Análisis de la información	76
3.7.1. Categorías de análisis	76
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE DATOS	86
4.1. Actitudes que poseen hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos	88
4.2. Prácticas que realizan los hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos	112
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	149
5.1. Conclusiones	150
5.2. Recomendaciones	156
BIBLIOGRAFIA	161
ANEXOS	173

CAPITULO I

EL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Introducción

Desde la Conferencia de Población y Desarrollo en el Cairo (1994) se estableció el objetivo de promover la igualdad de los géneros en todas las esferas de la vida, incluyendo la vida familiar y comunitaria, todo ello con el objetivo de promover y capacitar a los hombres y mujeres sobre la responsabilidad de su comportamiento sexual y reproductivo, así como sus roles sociales y familiares.

En Costa Rica a través del artículo titulado “No tenemos políticas de salud en masculinidad” Guadamuz refiere que “En este país no tenemos políticas de salud en masculinidad porque no nos educamos no tenemos cultura en ese sentido. A la mujer desde niña se le inculca la necesidad de no solo cuidarse sino prevenir, en cambio por el machismo, los hombres no acuden al médico”. (Costa Rica On, 2012)

Por su parte, el licenciado Campos quien es psicólogo y presidente del Instituto Wem, fue claro en afirmar que “nosotros los hombres somos descuidados, no acudimos al médico por vergüenza y machismo, sólo lo hacemos cuando prácticamente ya es tarde, de ahí la incidencia en muertes por cáncer de próstata y de testículos, entre otros...es necesario crear programas educativos, asimismo, una cultura de salud en masculinidad y con ello evitaremos serios problemas y muertes”. (Costa Rica On, 2012)

De esta forma se hace evidente que el objetivo propuesto en Conferencia de Población y Desarrollo en el Cairo dista mucho de la realidad actual que predomina en Costa Rica porque, las políticas de salud en nuestro país no son incluyentes con la población masculina, por lo general los esfuerzos se han centrado en una perspectiva de déficit (en la que se dice que los hombres deberían hacer o participar más); se desarrollan discursos para

convencerlos de participar en programas prediseñados pero no se busca conocer que piensan los varones y cuales tienden a ser las actitudes y comportamientos asociados a su salud sexual y reproductiva; haciendo que se hallen relegados a un segundo plano en lo que a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se refiere.

Por su parte, en el mismo artículo, el diputado Óscar Alfaro reconoció que efectivamente no contamos con políticas de prevención y debemos desde nuestros hogares crear una cultura sobre la salud de los hombres y por supuesto, crear consciencia de la necesidad de acudir al médico periódicamente. (Costa Rica On, 2012)

En contraste con lo anterior en el Acto Público de Lanzamiento de Convocatoria al Encuentro Nacional de Masculinidades, El Salvador, 2008, se indica que

Es importante que la necesidad de cambiar el modelo machista no se limite a una obligación meramente individual o con beneficios individuales. La transformación de los hombres y su incorporación al camino de la igualdad es un tema social y político: lo personal es político. Se trata, pues, de una obligación política y social porque tiene consecuencias sociales que no deben ser ignoradas. (Acto Público de Lanzamiento de Convocatoria al Encuentro Nacional de Masculinidades, 2008, s.p.)

A partir del momento en que se evidencia que la identidad masculina tradicional conlleva, necesariamente, la misoginia y la homofobia y que, además, implica costes educativos, de seguridad pública y penitenciarios, sanitarios, laborales y otros; a partir de ese momento, cambiar la identidad masculina tradicional se convierte en responsabilidad de los poderes públicos. No

actuar contra la identidad masculina tradicional, conociendo sus costes nos convierte en cómplices de la injusticia y del malestar social (Acto Público de Lanzamiento de Convocatoria al Encuentro Nacional de Masculinidades, 2008, s.p.).

En resumen, vincular masculinidades y políticas públicas exige, la buena voluntad política y la participación de los hombres como elemento esencial para conseguir la igualdad entre géneros y abordar problemas a los que se enfrentan los varones por su condición masculina y incluyendo las conductas de riesgo que afectan la salud de los hombres. Una sociedad más saludable pasa por una mejor comprensión de las razones que alejan a los hombres de los sistemas de salud.

La razón de ser de enfermería es la práctica profesional Durán (2002) nos indica que, idealmente, todo conocimiento de enfermería debe tender a solucionar los problemas de la práctica. Por esta razón, la enfermería posee un gran cuerpo de conocimientos sobre el cual se fundamenta su ciencia, obtenidos a través de la investigación, que es la que valida el conocimiento existente y genera, redefine o produce un nuevo conocimiento.

Es aquí donde los estudios de varones, masculinidades y salud, nos ayudan a generar el conocimiento y entender fenómenos que afectan en mayor medida a los hombres y que encuentran su razón de ser en cómo se construyen los conceptos de lo masculino y que tienen que ver con lo que de ellos esperan sus respectivas sociedades por el hecho de ser hombres.

En respuesta a la necesidad planteada se presenta el siguiente estudio descriptivo cuyo propósito es identificar las actitudes y prácticas en relación a la detección de padecimientos prostáticos que tienen un grupo de hombres entre los 50 y 64 años de edad que laboran en el Banco Popular, realizando

luego un análisis de los resultados desde la teoría de los sistemas de Imogene M. King.

1.2. Antecedentes

Entre los estudios internacionales relacionados con el tema podemos citar el trabajo de Stern, Fuentes, Lozano y Reysoo (2003), Titulado “Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México”. En este estudio se describe la masculinidad hegemónica como un modelo ideal central que, sin que pueda ser logrado prácticamente por ningún hombre particular, ejerce sobre todos los hombres un efecto controlador, mediante la incorporación, la ritualización de las prácticas de la sociabilidad cotidiana y un discurso que excluye todo un campo emocional que se considera como femenino, se incluyen ahí las prácticas de cuidado de la salud impuestas tradicionalmente a las mujeres.

Por su parte en la revista Archivos Españoles de Urología v.61, n.6 publicada en Madrid en jul.-ago. del 2008, se resume una investigación realizada en Brasil durante el 2007 titulada “Razones por las que los pacientes rechazan el tacto rectal cuando se someten a cribaje de cáncer de próstata”. En ella 450 hombres fueron evaluados respectivamente en un programa de educación sobre cáncer de próstata consistente en conferencias, evaluación del Antígeno Prostático Específico y el tacto rectal. Se compararon los pacientes que rechazaron el tacto rectal con los que aceptaron realizárselo considerando las variables epidemiológicas, sociales y culturales, encontrando que el 8,2% de los pacientes rechazaron el tacto rectal. La tasa de rechazos no mostró diferencias cuando se estratifica los pacientes por edad, historia familiar de cáncer de próstata, nivel de escolarización, ingresos familiares y nivel del PSA. Los pacientes con historia previa de tacto rectal presentaron una tasa de rechazo menor que aquellos sometidos a tacto rectal por primera vez. Los pacientes asintomáticos o con síntomas del tracto urinario inferior leves rechazaron el tacto rectal con mayor frecuencia que los que tenían síntomas moderados o severos. Entre las razones principales para rechazar el tacto rectal están que algunos tenían un

concepto erróneo sobre el cribaje cáncer de próstata, además prefieren esperar una molestia severa para realizárselo; el miedo a que le fuera detectado cáncer durante el tacto rectal y porque consideran el tacto rectal es un motivo de vergüenza.

Otro estudio que nos habla de los impedimentos culturales que se establecen en torno a las pruebas de detección de padecimientos prostáticos es el realizado en Brasil, por Pereira, Salvador y Harter (2011), titulado “Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata”, con el objetivo de describir barreras sobre rastreo de cáncer de próstata, se realizó una encuesta domiciliar abarcando 160 hombres en una área de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Poco más de la mitad ya había realizado el examen. En relación a las creencias sobre la enfermedad, 95% de ellos creen que se pueden curar si es detectado precozmente, 29,4% refirieron la posibilidad de vida normal a pesar de estar enfermo, 56,3% creen que puede ser asintomático, 36,1% de acuerdo/en desacuerdo que el tratamiento es peor que la enfermedad y el 34,4% está de acuerdo que el examen afecta la masculinidad y si estuviese bien no sería necesario hacerlo. En cuanto a las barreras, 15% informaron que el médico nunca solicitó el examen, 10,9% no lo encuentran importante y 16,9% tienen miedo de hacerlo. A pesar de que no es el único determinante, las personas investigadoras recomiendan que diseminar los conocimientos adecuados sobre el examen puede constituirse en una estrategia fundamental para la formación de una actitud positiva en relación a la detección precoz.

Teniendo en cuenta que la tasa de morbilidad y mortalidad por cáncer de próstata ha ido aumentando en Santiago de Cuba, Nodal, Rodríguez, Tamayo y Domínguez (2011) decidieron analizar lo relacionado con la responsabilidad individual para detectar precozmente esa afección; por medio del estudio “Responsabilidad individual en la detección temprana del cáncer de próstata” que determinó los factores que incidían en la baja

percepción del riesgo, en los primeros meses de 2011 se encuestó acerca de ello a 48 hombres mayores de 50 años, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario, “Frank País García” de Santiago de Cuba. Los resultados pusieron de manifiesto la imperiosa necesidad de realizar acciones de promoción sanitaria y prevención de enfermedades, con vistas a lograr que el individuo (persona) se sienta cada vez más responsable del cuidado de su propia salud, puesto que 85,4 % de los integrantes de la casuística admitieron no haberse sometido a exámenes para garantizar el diagnóstico temprano de ese tipo de tumor o descartar su presencia.

Muy relacionado con esta responsabilidad individual se encuentra el estudio de Arbeláez y Montealegre realizado en 2012 en Colombia titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín”. Investigación que aplicó una encuesta dirigida de 38 preguntas a 83 participantes. El 68,7 % de los encuestados presentaron conocimientos adecuados; el 43,4 %, actitudes adecuadas; y el 38,6 %, prácticas adecuadas, concluyendo que existe una mayor posibilidad de que los hombres tuvieran actitudes adecuadas al tener conocimientos adecuados y a su vez prácticas adecuadas con actitudes adecuadas. Se determinó que es necesario fortalecer las intervenciones en prevención del cáncer de próstata en los hombres más pobres y vulnerables, los cuales presentan menos posibilidad de contar con actitudes y prácticas adecuadas.

Cabrera y Lucumí (2003), además realizaron un estudio titulado “Creencias sobre examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata: hallazgos cualitativos de un estudio en Cali”, en el que se busca identificar las relaciones entre las creencias sobre el examen digital rectal como prueba de tamización para el cáncer en la próstata y su intención de práctica. Usando el Modelo de Creencias en Salud como referencia teórica y metodológica, se realizaron entrevistas a grupos focales y a individuos. Se

mostraron como factores relevantes las creencias sobre causas, severidad y barreras percibidas para determinar la intención de práctica en los participantes. Concluyendo que se requiere de una estrategia integral de educación en salud que propicie la toma de decisiones informadas y autónomas frente a la práctica del examen digital rectal.

En el ámbito nacional, la revisión bibliográfica revela un campo poco explorado en estudios que integren y analicen aspectos que tienen que ver con la detección temprana de padecimientos de la próstata, pero un amplio desarrollo de investigaciones que nos refieren el tema de la masculinidad, roles y la salud sexual de los varones. Dentro del material indagado se puede destacar el aporte de Chavarría y Quesada (2004), quienes presentaron su tesis para optar por el grado de licenciatura en Psicología titulada: “Masculinidad y Vejez: El encuentro entre los cambios propios del envejecimiento con los roles y encargos de la masculinidad”, la cual es un estudio cualitativo de tipo exploratorio que por medio de entrevistas a profundidad buscó una aproximación tanto a los cambios que experimenta el adulto mayor como parte de su proceso de envejecimiento en cuanto a la sexualidad, el retiro de la fuerza laboral y su relación con los roles y encargos de la masculinidad la cual se ve cuestionada por dichos cambios.

También desde la disciplina de Trabajo Social, Castillo, Matamoros y Paniagua (2005) desarrollaron una investigación llamada “Influencia de la socialización de género en la construcción de la masculinidad como factor de riesgo asociado a la violencia en hombres privados de libertad: Un acercamiento al estudio de la masculinidad en el Centro de Atención Institucional de San Ramón”, esta es una investigación cualitativa que brinda valiosa información respecto al significado que los hombres privados de libertad otorgan al proceso de socialización de género en la construcción de la masculinidad como factor de riesgo.

De igual forma Amador (2008) presentó su tesis para optar por el grado de Magister Scientiae en Gerontología titulada “Concepción del envejecimiento y vejez desde la masculinidad en profesionales universitarios”, esta es una investigación cualitativa que busca establecer en qué medida el concepto de envejecimiento y las representaciones de la vejez en los varones está determinada por los procesos de socialización de la masculinidad. Refiere que dicho proceso inicia desde el hogar y es influenciado en gran medida por la madre, plantea que los roles de proveedor y protector estimulan la autonomía y libertad; por lo tanto el mayor quebranto en su masculinidad es llegar a la vejez siendo dependientes física y psicológicamente; la ausencia o limitada autonomía implica convertirse en una carga para su familia.

Entre los estudios propios de enfermería pertinentes para esta investigación podemos comentar el informe final de investigación para la Maestría en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal, titulado: “Actitudes masculinas hacia la salud sexual y reproductiva en hombres mayores de 18 años, residentes de la localidad urbano marginal Bajo Los Anonos, ubicada en san Rafael de Escazú, diciembre del 2004”, Guzmán y Whilhelm (2005) señalan que los hombres que participaron en el estudio no conocen adecuadamente sus derechos sexuales y reproductivos, sus actitudes en torno a la salud sexual y reproductiva están definidas por muchos de los prejuicios de la masculinidad hegemónica y, además, el propio sistema de salud los excluye de los beneficios, que en esta materia si disfrutaban las mujeres. Indican además que los resultados proporcionan indicativos de cómo es probable que esté el resto de la población masculina al respecto.

Otro estudio es el de Matamoros, Rodríguez y Zúñiga (2006), quienes abordaron por medio de un estudio cuantitativo las creencias que a los hombres les merece el proceso de la andropausia en “Conocimiento y

creencias que poseen los hombres adultos sobre el climaterio masculino en la manufacturera GRETEX de Grecia, durante los meses de junio a setiembre del 2006”; concluyen que a pesar de ser un proceso normal es poco estudiado y no se brinda información suficiente sobre el tema a la población; por lo que en torno a él giran una gran cantidad de ideas no siempre acertadas sobre la satisfacción sexual, la disfunción eréctil, la orientación sexual, etc.

En la práctica dirigida para la Licenciatura en Enfermería en el 2009, “Modalidad educativa de abordaje para la construcción de la salud sexual y reproductiva de los hombres trabajadores de la Editorial de la Universidad de Costa Rica”, Araya y Mora (2009), encontraron que los derechos sexuales y reproductivos son temáticas poco conocidas para los hombres; además la familia, los amigos y la escuela se conciben como elementos de socialización que marcan una pauta trascendental en la concepción de equidad de género pues el patriarcado y machismo son roles que se aprenden generalmente desde la niñez y adolescencia.

En el informe de trabajo de investigación aplicada “Análisis de la situación actual de la salud sexual y salud reproductiva de los hombres privados de libertad del Centro de Atención Institucional de San José, durante el mes de febrero del año 2012” presentado por Ortiz y Rivas (2012), se concluyó que la mayor parte de los hombres privados de libertad del CAI de San José, centra su idea de lo que es la salud sexual en aspectos relacionados con la prevención de infecciones de transmisión sexual exclusivamente y tienen conocimientos muy básicos sobre lo que es salud sexual y salud reproductiva.

Es importante resaltar que la presente propuesta se perfila en un campo poco estudiado, vista como un tabú entre la población masculina y

culturalmente muy estereotipada, la detección de padecimientos prostáticos se ha tornado en un tema al que no se le ha brindado la relevancia requerida.

Las investigaciones mencionadas muestran una visión general sin embargo no se evidencia la existencia de investigaciones que aborden desde la profesión de enfermería con una perspectiva total y simultánea los diversos factores personales, sociales, organizacionales y del ambiente laboral que influyen en la salud de los hombres; razón que constituye un imperativo de la necesidad de investigar con este enfoque las actitudes y prácticas de los grupo de hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos.

Esta investigación pretende abrir un espacio de reflexión y traer a la mesa de discusión la importancia de plantear estrategias efectivas para el alcance de la población masculina y contribuir a la formación de una actitud positiva en relación a la detección precoz y tratamiento oportuno de las patologías prostáticas.

1.3. Justificación

Según la Guía de Atención del Cáncer de Próstata I Nivel de Atención de la CCSS:

El cáncer de próstata es el segundo tipo de cáncer más frecuentemente diagnosticado en los hombres en todo el mundo, superado solo por el cáncer de pulmón. Norteamérica es la región del mundo donde más se diagnostica cáncer de próstata. El Caribe por su parte ocupa el quinto lugar seguido de Sudamérica en la sexta posición y Centroamérica en la novena posición. Lo anterior, ubica a América como el continente donde más se diagnostican nuevos casos de cáncer de próstata, superando la tasa media mundial de incidencia e incluso la tasa de las regiones más desarrolladas del planeta (Caja Costarricense de Seguro Social [CCSS], 2011, p.9).

Pese a esto la detección temprana del cáncer de próstata en Latinoamérica es muy baja, ya que los pacientes por lo general llegan con enfermedad avanzada; y muy esporádicamente se realizan campañas de detección del cáncer de próstata que permitan identificar esta enfermedad en estadios tempranos, además las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer de próstata en la región varía de un país a otro.

Según los datos de incidencia con que se cuenta, el cáncer más diagnosticado entre los hombres durante la última década fue el cáncer de próstata, seguido por el de piel, estómago, pulmón y colon. El cáncer de próstata, entre el 2003 y 2005 presentó una disminución en la incidencia; sin embargo, esto se revierte, volviendo a presentar una tendencia creciente entre el 2005 y el 2007 pasando de una tasa ajustada de 50,95 a 54,03 por cada 100.000 hombres. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012, p. 29)

En relación con la mortalidad, el Caribe ocupa el primer lugar de mortalidad a nivel mundial por cáncer de próstata. El resto de las regiones del continente americano se ubican en la sexta posición correspondiendo a Sudamérica y la novena y décima a Norte y Centroamérica respectivamente. Nuevamente las tasas de mortalidad del continente americano superan la tasa media mundial de mortalidad y la de las regiones más desarrolladas del planeta. (CCSS, 2011, p.9)

En Costa Rica el cáncer de próstata es el tumor más frecuentemente diagnosticado entre los hombres, situándonos en el grupo de países con las más altas tasas de mortalidad por cáncer de próstata a nivel mundial. Las tasas de incidencia de cáncer de próstata se han incrementado de manera importante pasando 32.64 por 100 000 hombres en el año 1995 a 51.8 por 100 000 hombres en el año 2005, encontrando un aumento proporcional en la mortalidad registrada por este cáncer para el mismo período. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012, p. 29)

Al analizar la tendencia de la mortalidad por tipo de cáncer en varones en el país, en el período 2000-2010, se observa que el cáncer de estómago que venía ocupando el primer lugar, presenta una tendencia descendente, pasando a partir del 2008 a ocupar el segundo puesto y el primer lugar lo pasa a ocupar el cáncer de próstata. (CCSS, 2011, p.9)

A pesar de estos datos alarmantes, los procesos de socialización de la población masculina costarricense están muy arraigados y culturalmente hablar sobre temas de género, masculinidad, sexualidad y pareja con los varones es un tabú que trae consigo muchos hábitos nocivos para el individuo y su autocuidado.

La práctica oportuna y periódica del tacto rectal y el antígeno prostático específico no son vistas como una rutina necesaria y obligatoria en la población, que con alguna frecuencia las relega a un segundo plano, las olvida o las evade.

Hoy en día está claro que la capacidad de diagnóstico del cáncer de próstata en personas asintomáticas se ha elevado a partir del uso masivo del antígeno prostático específico y el tacto rectal como estrategias de diagnóstico, sin embargo en varios casos un mayor diagnóstico no implica mejor calidad de vida y en otros ni siquiera reducción de la mortalidad.

La prevención y la detección precoz son estrategias básicas para el control del cáncer de próstata, pero tienen como requisito esencial un conjunto de actividades educativas constantes, persistentes y dinámicas para los hombres, según su cultura, estándar de valores y escolaridad, entre otras variables.

Tales actividades educativas deben enfocarse en modificar el comportamiento tanto por parte de los hombres como de los servicios de salud, priorizando los exámenes de rastreo y la educación a la población, por lo tanto se requiere de la planificación de acciones, articuladas con sectores organizados de la comunidad y otros sectores gubernamentales. Para poder establecer estas acciones es de suma importancia considerar lo que los individuos conocen, perciben y opinan respecto al cáncer de próstata y los exámenes de detección temprana.

La presente investigación genera conocimiento no existente en la actualidad en nuestro país para entender cómo piensan y viven los hombres este aspecto tan importante de su salud sexual y reproductiva y como esto influye en sus prácticas de autocuidado. La propuesta pretende abrir un espacio de reflexión no solo a nivel institucional sino incluyente hacia el resto

del país, para que a partir de allí sea posible plantear estrategias educativas y así diseminar conocimientos adecuados sobre el tema, constituyéndose esto en un fundamento para la formación actitudes positivas en relación a la detección precoz y tratamiento oportuno de estas patologías.

Así mismo, los resultados del estudio ayudan a crear una mayor conciencia entre el personal de salud que labora en el consultorio médico del Banco Popular sobre este tema, fomentando una mejora en la educación y cuidado a los usuarios en búsqueda de una atención integral a la población masculina de esta entidad. Al respecto Kerouac indica que el centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud. Gracias a la manera particular en que las enfermeras abordan la relación entre persona, salud, entorno y cuidado se clarifica el campo de la disciplina enfermera. (Kerouac y otros. 1996)

Los estudios propios de enfermería respecto los procesos de salud en el varón no son tan frecuentes como los son en el resto de la población, de ahí surge la relevancia de la presente investigación, que es un primer acercamiento para describir y entender cómo interpretan y viven los hombres desde su masculinidad, las prácticas de autocuidado referente a la salud prostática y generar el conocimiento necesario para mejorar el ser y que hacer enfermero con respecto a la población masculina.

Como lo indica Durán (2002), toda disciplina debe desarrollar sus propios conocimientos, que la distinguen como un área o propiedad específica de indagación, que representa una creencia compartida entre sus miembros, y que está relacionada con su razón de ser, en la cual para actuar con sensatez y juicio profesional se requiere un fuerte razonamiento conceptual que profundice en la identidad del ser, saber y hacer de la enfermería.

Una disciplina profesional, adicionalmente, se define por su relevancia social y la orientación de sus valores. La disciplina de enfermería, podría enmarcarse en la siguiente declaración: “La enfermería es el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana”, King agrega a este los conceptos de salud, persona, ambiente y cuidado de enfermería que vienen a identificarla como un campo de conocimiento diferente al de otras disciplinas (Durán, 2002).

El presente proceso investigativo busca su sustento teórico desde la visión de Imogene King para quien la salud de la persona no solo se basa en la fisiología del individuo sino además en el ser intelectual, social, espiritual y psicológico que forman parte de él y que influyen positiva y negativamente sobre su salud, lo percibe como un ser individual, que interactúa con otros y además pertenece a una colectividad que va a formar en él un modo de pensamiento y comportamiento individual y en comunidad.

King (1984, p. 13) define la enfermería como un proceso de acción, reacción e interacción en el cual la enfermera y el enfermo comparten información acerca de sus percepciones en la situación de enfermería, a través de esta comunicación identifican las metas, los problemas e intereses específicos. Indica ella que el entender las maneras en que los seres humanos interactúan con su medio ambiente para mantener su salud es esencial para las enfermeras ya que esto les facilita su promoción, la prevención de la enfermedad y cuidado de enfermos

Además asevera que la salud se relaciona con la manera en que los individuos se enfrentan a las tensiones del crecimiento y desarrollo, al mismo tiempo que se desenvuelven dentro de un patrón cultural en el cual nacieron y al cual tratarán de adaptarse. (King, 1984, p. 14)

1.4. Problema (¿Pregunta?)

¿Cómo son las actitudes y prácticas de un grupo de hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos, analizado desde la teoría de los sistemas de Imogene M. King, Consultorio Médico Banco Popular. 2015?

1.5. Objetivos

General

Analizar las actitudes y prácticas de un grupo de hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos, desde la teoría de los sistemas de Imogene M. King. Consultorio Médico Banco Popular. 2015.

Específicos

- a. Explorar las actitudes que poseen estos hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos.
- b. Identificar las prácticas que realizan los hombres en estudio en relación a la detección de padecimientos prostáticos.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

El presente capítulo expone las bases teóricas utilizadas en el desarrollo de este trabajo de investigación. Se conforma por dos apartados, el primero es el marco teórico en el que se exponen los principios de la Teoría para el logro de objetivos desarrollada por Imogene King, por su parte el segundo apartado es el marco conceptual donde se aclaran los principales conceptos que dan base a esta investigación sobre la salud, próstata, y masculinidad.

2.1. Marco teórico

A continuación se expone los principios de la Teoría para el logro de objetivos desarrollada por Imogene King que presenta los sistemas dinámicos en que se desarrollan las personas en su interacción con otros individuos, grupos o sociedad.

Inicialmente King (1984) define la salud como:

Experiencias dinámicas en la vida de un ser humano, la cual implica continuos ajustes a tensiones en el ambiente interno y externo a través del aprovechamiento óptimo de los recursos de uno para lograr el potencial máximo en la vida diaria. La salud se relaciona con la manera en que los individuos se enfrentan a las tensiones del crecimiento y desarrollo, al mismo tiempo que se desenvuelven dentro de un patrón cultural en el cual nacieron y al cual tratarán de adaptarse (p. 16).

Según Imogene M. King (1984) cada ser humano es un sistema abierto que interactúa con el ambiente, y se compone de tres subsistemas:

a. Sistema personal

Define a la persona como una unidad total, como un yo individual. Este sujeto relaciona las experiencias pasadas con los acontecimientos presentes para de esta forma darle sentido y estabilidad a su mundo. Para la comprensión de este sistema King define los conceptos de percepción y autoconcepto, crecimiento y desarrollo personal, autoimagen, espacio y tiempo, señalando las relaciones y las influencias que existen entre los mismos y que configuran el yo.

La **percepción** es el concepto más importante porque influye en la conducta y está directamente relacionado con los demás conceptos, se define como el proceso de organizar, interpretar y transformar la información de los datos sensoriales y la memoria. Representa la imagen de la realidad en cada ser humano e influye en su conducta.

Es una conciencia de personas, objetos y acontecimientos que va a estar relacionada con las experiencias pasadas, el concepto de uno mismo, la herencia biológica, los antecedentes educativos y los grupos socioeconómicos a los que pertenece un individuo.

Respecto al **autoconcepto** Jersild mencionado por King (1984, p. 39) lo define de la siguiente manera “el yo es el conjunto de pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia de una persona, su experiencia individual, y su concepto de quien es y qué es”. Incluye un sistema de ideas, actitudes, valores y compromisos. El yo es el individuo tal como es conocido por el individuo.

Muy relacionado con el concepto del yo está el **concepto de crecimiento y desarrollo** ya que describe los cambios físicos y químicos que ocurren a las personas de acuerdo a su dotación genética, experiencias significativas y satisfactorias y el medio ambiente que conduce a los individuos a alcanzar la madurez. De acuerdo a la edad de un individuo es posible valorar su nivel de crecimiento y desarrollo.

Por su parte la **imagen corporal** se puede considerar como un componente del crecimiento y desarrollo, el cual a su vez influye en el concepto del yo. La autoimagen es la idea que se forma el individuo de su propio cuerpo por lo tanto es muy personal y subjetiva ya que implica la descripción que tiene uno de su cuerpo ligado al espacio y a los factores

socioculturales que influyen en los estándares relacionados con la imagen corporal, cuando las experiencias y percepciones cambian, la imagen corporal también cambia, y por lo tanto la idea del yo se ve modificada.

Por su parte el **espacio** existe al grado que lo percibe cada persona, se divide en 3 dimensiones: 1) espacio territorial es el área física que los individuos reclaman como suya, 2) espacio personal es el territorio invisible en el cual un individuo se coloca, de acuerdo con Stilman mencionado por King (1984, p. 47) cada individuo requiere para la toma de sus decisiones sentir que tiene el control sobre su medio ambiente, su espacio; ya que esto le proporcionará a la persona sentido de seguridad e identidad, y 3) espacio psicológico es producto de la cultura y establece distancias físicas entre 2 o más individuos que permitan construir interacciones basado en los espacios territorial y personal.

Con respecto al **tiempo** se establece que es la secuencia de sucesos que se mueven hacia el futuro y en los cuales influye el pasado. Es inherente a los procesos vitales del universo, tiene un orden lineal y unidireccional.

La naturaleza del tiempo es compleja y abstracta ya que no es tangible pero puede ser medido, es psicológico y subjetivo pues se ve influido por las experiencias y percepciones de cada individuo; se ha demostrado que a una persona el mismo período le puede parecer más largo que a otra debido a varios sucesos diferentes en los cuales participa. Al respecto King (1984, p. 52) refiere que “el tiempo no es el orden de los acontecimientos, sino la duración de los mismos experimentada por cada persona”.

Es así como sistema personal, guía el proceso de las interacciones humanas, los individuos reaccionan a las personas, a los acontecimientos

y a los objetos, en términos de sus propias percepciones, expectativas y necesidades, influyendo esto a su vez en la salud de la persona.

b. Sistema Interpersonal

Está compuesto por dos o más personas, que interactúan en una situación determinada, desenvolviéndose un mismo individuo en variedad sistemas interpersonales en un mismo espacio de tiempo. A medida que aumenta el número de individuos la complejidad de las interacciones también aumenta. King (1984, p. 69) señala varios componentes o conceptos necesarios sistema o proceso que son interacción, comunicación, transacción, rol y estrés, como los aspectos principales que influyen en las interacciones personales.

En el proceso de **interacción**, dos individuos identifican de manera mutua los objetivos y medios para alcanzarlos, cuando están de acuerdo en los medios para obtenerlos pasan a la transacción.

Este proceso presenta un grupo de variantes complejas. Cada individuo en la situación, tiene un conocimiento personal, necesidades, objetivos, expectativas, percepciones y experiencias pasadas que influyen en las interacciones. La percepción, juicio, acción y reacción son conductas que no pueden ser directamente observadas pero que forman parte activa del proceso de comunicación en la interacción humana.

La **comunicación** es el intercambio de pensamientos y opiniones entre los individuos que se vale del lenguaje para transmitir un determinado mensaje. Es el medio por el cual se lleva a cabo la interacción social y el aprendizaje.

El lenguaje a su vez es una estructura de signos, símbolos, conductas verbales y no verbales que dan orden y significado a las interacciones humanas, sin embargo a pesar de utilizar un mismo lenguaje, las palabras pueden tener un significado diferente para las distintas personas.

Las palabras, sonidos o gestos usados para transmitir el mensaje pueden tener diferente interpretación para ambos sujetos de acuerdo a los componentes del sistema personal de cada uno de ellos. De acuerdo con lo anterior Stewart mencionado por King (1984, p. 77) indica que “los mensajes se pueden generar desde afuera pero los significados se generan desde adentro”.

En resumen la comunicación es la esencia del concepto del intercambio de la información, se define como un proceso dinámico para la existencia, el crecimiento, el cambio y la conducta de todos los seres vivientes ya sean individuos u organizaciones.

Por su parte las **transacciones** son el proceso de interacción en el cual los seres humanos se ponen en contacto con su ambiente a fin de alcanzar metas que tengan valor. Las transacciones son conductas humanas encaminadas hacia objetivos.

Según Hass referido por King (1984, p. 101) el **rol** es un conjunto de normas y procedimientos que definen los derechos y las obligaciones de las personas en ciertas situaciones sociales, sancionadas por miembros que interactúan y que están autorizados por la sociedad más grande o por determinado sector de ella.

El rol es la relación con uno o más individuos que interactúan en situaciones específicas para un mismo propósito. La socialización es el proceso mediante el cual una persona aprende valores, conductas,

recompensas y castigos para poder ocupar un rol en la organización social.

El **estrés** es un estado dinámico por medio del cual un ser humano interactúa con el medio ambiente para mantener un equilibrio para el crecimiento, desarrollo y función, que implica un intercambio de energía e información entre la persona y el medio ambiente para regular y controlar los causantes del estrés.

La gente responde a acontecimientos de la vida con base en sus percepciones únicas y en su interpretación de los acontecimientos. La respuesta de una persona al estrés está influenciada por varios elementos, la situación, el tiempo del evento y el significado que tiene para cada persona.

En este sistema cada individuo trae consigo todas las variantes del sistema personal las cuales son únicas para cada sujeto y adquiere un rol ósea identifica su concepto del yo en relación con la otra persona, esto va a influir en la comunicación, las interacciones y las transacciones que entre ellos se establezcan, para el logro de objetivos conjuntos.

c. Sistema Social

Es un sistema organizado de límites, de roles sociales, conductas y prácticas desarrolladas para mantener valores y mecanismos para regular las prácticas y las normas (King, 1984, p.123).

El sistema social se ve influido por las estructuras para la interacción social, definiendo las reglas de comportamiento y los modos de acción que influyen en la conducta social, la interacción, la percepción y la salud de los individuos.

Los conceptos de organización, poder, autoridad, status y toma de decisiones definen características importantes de este sistema. Dentro de él se encuentran también las creencias, actitudes, valores y costumbres que se transmiten culturalmente a través de sistemas sociales tales como la familia, la escuela, la religión y el trabajo.

Las **organizaciones** son unidades sociales caracterizadas por la estructura, funciones y recursos para alcanzar metas, proporcionan un ordenamiento de roles, posiciones y actividades.

Una organización está compuesta de seres humanos con roles y posiciones, prescritos que utilizan recursos para alcanzar objetivos personales y de la organización. (King, 1984, p. 127)

La estructura de la organización, especifica relaciones, líneas de autoridad, comunicación, responsabilidad y posiciones relacionadas con funciones específicas.

La **autoridad** es el poder de tomar decisiones que dirigen las actividades de uno mismo y de otros. Katz y Kahn mencionados por King (1984, p. 127) refieren que la autoridad es el "poder legítimo" dado a una persona en virtud del rol y la posición que ocupa dentro de un sistema social.

La autoridad es un proceso transaccional que se caracteriza por relaciones recíprocas y activas, en las cuales los valores, antecedentes y percepciones de los miembros influyen para definir, validar y aceptar la autoridad de los individuos dentro de una organización. Una persona influye en otra quien reconoce, acepta y acata la autoridad de esa persona.

Estrechamente relacionado con el concepto de autoridad está el concepto de poder. Este es un elemento esencial en los sistemas sociales; es apreciado de acuerdo al rol que uno desempeña y la posición que ocupa.

El **poder**, es un mecanismo mediante el cual uno o más personas influyen en otra, en una situación en la que la gente acepta lo que se está haciendo aunque pudiese no estar de acuerdo con ello. El poder es la habilidad de controlar acontecimientos y conductas en situaciones específicas, es la fuerza social que organiza y mantiene las metas (King, 1984, pág. 135).

La influencia es un poder en el cual los resultados no son predeterminados, por el contrario el control es otro tipo de poder en el cual el resultado usualmente es predeterminado.

El **status** dentro de una organización tiene que ver con la estratificación. Es la posición de un individuo en un grupo como lo perciben otros individuos en el grupo. Es el prestigio que acompaña al rol.

Linton mencionado por King (1984, p. 136) divide el status en status atribuido y status logrado. El status logrado se gana a través de la voluntad individual, y con base en las habilidades, desempeño y destreza de uno. El status atribuido está determinado por nacimiento, tal como sexo, raza, clase social y religión.

Por otro lado la **toma de decisiones** en las organizaciones es un proceso dinámico y sistemático por medio del cual se hace la elección de alternativas con base en los objetivos y se dirige a los individuos o grupos a fin de solucionar un problema y lograr un objetivo. (King, 1984, p. 140)

Este proceso consiste en definir el problema, analizar los datos obtenidos y seleccionar la mejor alternativa para el curso de acción en términos de objetivos ponderando los riesgos contra las ganancias, la economía del esfuerzo, tiempo y la limitación de recursos. La decisión se traduce en un plan de acción. Su efectividad se evalúa en términos de logros.

d. El cuidado de enfermería

Como último concepto a definir está el cuidado de enfermería que es considerado como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; donde tanto la enfermera como el cliente influyen en la relación.

La enfermería tiene como fin último mantener o restaurar la salud del individuo y cuidar en una enfermedad o lesión al cliente moribundo. Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados de enfermería.

Esta teoría anima a la enfermera y al cliente a compartir información sobre sus percepciones (si estas son acertadas se alcanzarán las metas, se llegará a un crecimiento, desarrollo y efectividad de los cuidados). De esta manera es la enfermera quien aporta conocimientos y habilidades específicas y el cliente su auto-conocimiento y sus percepciones. Por lo tanto, si se logra una equidad de criterios entre la enfermera y el cliente, se logrará una transacción; mientras que contrariamente si no se logra un acuerdo se producirá estrés.

2.2. Marco conceptual

2.2.1. La próstata

a. Anatomía y fisiología de la próstata

La próstata es la glándula anexa más grande del aparato genital masculino, está ubicada en la pelvis, delante del recto y por debajo de la vejiga; donde rodea el segmento prostático de la uretra y el cuello de la vejiga. Es un órgano firme ligeramente encapsulado con tejido conectivo fibroso que contiene fibras musculares lisas (Grillo-Bustamante, 2001).

Está compuesta por 30 a 50 glándulas serosas tubuloalveolares ramificadas que rodean la uretra prostática y desembocan en ella. Al igual que sucede en la vesícula seminal, la estructura y la función de la próstata están reguladas por la testosterona (Junqueira, L. y Carneiro, J., 2005).

Su forma y su tamaño son comparables con los de una nuez. La forma de la próstata es similar a un cono ligeramente aplanado de delante hacia atrás, con una base orientada hacia arriba, y su vértice hacia abajo. Presenta una cara anterior, una posterior y dos infero-laterales (Grillo-Bustamante, 2001).

La próstata está rodeada por una cápsula fibroelástica rica en músculo liso. Los tabiques de esta cápsula penetran en la glándula y la dividen en lóbulos (derecho e izquierdo), que se encuentran unidos por un istmo llamado istmo protático. (Junqueira, L. y Carneiro, J., 2005, p. 428)

En cuanto a su colocación base es aplanada, mira hacia arriba y se adosa en el fondo vesical. El vértice mira hacia abajo y descansa en el

diafragma urogenital. La próstata se interpone en el fondo vesical, la pared anterior del recto y el diafragma urogenital (Grillo-Bustamante, 2001).

Con respecto a cómo está conformada la próstata, Michael, Gordon y Wojcieh (2005, p. 544), indican que:

La glándula prostática se organiza en tres capas concéntricas: una capa mucosa interna, una capa submucosa intermedia y una capa periférica que contiene las glándulas prostáticas principales. Las glándulas de la capa mucosa secretan directamente en la uretra; las glándulas de las otras dos capas envían sus secreciones a través de conductos que desembocan en los senos prostáticos ubicados a cada lado de la cresta uretral en la pared posterior de la uretra.

El parénquima de la próstata del adulto está dividido en cuatro zonas que son anatómica y clínicamente distintas:

- La **zona periférica** corresponde a las glándulas prostáticas principales y constituye el 70% del tejido glandular de la próstata. Esta zona es la más susceptible a inflamación y también es el sitio donde se desarrolla la mayoría de los carcinomas prostáticos. La zona periférica se puede palpar durante el examen digital del recto (Michael, Gordon y Wojcieh, 2005, p. 544).
- La **zona central** contiene alrededor del 25% del tejido glandular y es resistente tanto a los carcinomas como a la inflamación. En comparación con las otras zonas, las células de la zona central poseen características morfológicas

distintivas (citoplasma apenas basófilo y más prominente y núcleos más grandes desplazados a diferentes alturas en las células contiguas). Hallazgos recientes indican que en esta zona se originan embriológicamente la inclusión de las células del conducto mesonéfrico en la próstata en desarrollo (Michael, Gordon y Wojcieh, 2005, p. 544).

- La **zona transicional** contiene las glándulas mucosas. En las personas mayores, las células parenquimatosas de esta zona con frecuencia sufren una proliferación extensa (hiperplasia) y forma masa nodulares de células epiteliales. Como esta zona está muy cerca de la uretra prostática, estos nódulos pueden comprimir la uretra y causar dificultad miccional. Este trastorno se conoce como hiperplasia prostática benigna [HPB] (Michael, Gordon y Wojcieh, 2005, p. 544)
- La **zona periuretral** contiene glándulas mucosas y submucosas. En las etapas avanzadas de la HPB, esta zona puede sufrir una proliferación patológica pero sobre todo los componentes estromales. Junto con los nódulos glandulares de la zona transicional, esta proliferación causa un aumento de la compresión uretral y una retención mayor de orina en la vejiga (Michael, Gordon y Wojcieh, 2005, p. 544).

En cada zona prostática, el epitelio parenquimatoso depende de la testosterona para la morfología y una función normales. De acuerdo con Michael, Gordon y Wojcieh (2005, p. 545) la glándula prostática produce variedad de sustancias que van a formar parte del líquido seminal y van a contribuir a dar volumen al mismo, en particular FAP, fibrinolisisina y ácido cítrico (un nutriente para los espermatozoides). También secretan una serina proteasa, que en la clínica se conoce como PSA (antígeno

prostático específico). Esta enzima es secretada hacia los alveolos y en última instancia se incorpora al líquido seminal.

La secreción alveolar es expulsada hacia la uretra prostática durante la eyaculación por la contracción del tejido fibromuscular de la próstata. La fibrinolisisina de la secreción sirve para licuefacer el semen. Aglomeraciones de células epiteliales muertas y productos de secreción precipitados forman concreciones en los alveolos glandulares (conocidas como cuerpos amiláceos); estas son una característica distintiva que contribuye al reconocimiento de la próstata.

Los sujetos normales tienen una concentración sérica baja de PSA. Sin embargo en el cáncer de próstata, la concentración sérica de PSA aumenta. Por consiguiente, las concentraciones de FAP y PSA en la sangre sirven para detectar la enfermedad y para seguir su evolución".(Michael, Gordon y Wojcieh, 2005, p. 544-545)

Como se detalló anteriormente la próstata dista mucho de ser un órgano accesorio o prescindible en el hombre. Su ubicación rodeando la uretra, compartiendo vascularización e innervación con las vesículas seminales, la vejiga, el recto y la uretra; y formado parte además del aparato urinario masculino la convierte en un órgano esencial para la función sexual, reproductiva y urinaria. Todas las enfermedades que a la afectan pueden conllevar síntomas relacionados con la función sexual, reproductiva y urinaria y de ser permanentes pueden generar daños irreversibles en estos sistemas.

b. Padecimientos prostáticos

A continuación detallamos en qué consisten los padecimientos prostáticos:

- Prostatitis

Las prostatitis son un grupo de enfermedades que afectan a la glándula prostática. Pueden ser agudas o crónicas, de carácter infeccioso, inflamatorio e incluso no inflamatorio, ni infeccioso. Tienen en común síntomas locales, como dolor o molestias en la región perineal y tracto genitourinario y con frecuencia signos o síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, obstrucción, etc.) o disfunciones sexuales (dolor eyaculatorio, hemoespermia, etc.). El impacto en la calidad de vida de muchos varones es importante. (García y Anguera, 2005, p. 145)

El diagnóstico es sencillo en las formas bacterianas agudas o crónicas. El tratamiento es eficaz en las formas agudas, mientras que las crónicas recurren con frecuencia. En las formas crónicas no bacterianas el tratamiento es complicado y poco eficaz, debido sobre todo al desconocimiento sobre la causa. Hay poca evidencia científica que apoye los distintos tratamientos utilizados en las formas crónicas no bacterianas: antibióticos, alfa-bloqueantes, antiinflamatorios, relajantes musculares o antidepresivos tricíclicos. (García y Anguera, 2005, p. 146)

- Hiperplasia prostática benigna

La hiperplasia prostática benigna (hiperplasia nodular HPB) es un agrandamiento patológico de la próstata que ocurre casi con exclusividad en las zonas transicional y periuretral y conduce a una obstrucción parcial o total de la uretra (Michael, Gordon y Wojcieh, 2005).

El crecimiento prostático en exceso está generado por alteraciones en el equilibrio hormonal y de los factores de crecimiento que actúan sobre las zonas de transición, con la consiguiente hiperplasia glandular.

Ensayos clínicos han demostrado que los inhibidores de la 5 α -reductasa disminuyen la concentración de DHT y así reducen el tamaño de la próstata y la obstrucción uretral. La hiperplasia del epitelio y el estroma prostáticos determinan un aumento de tamaño de la glándula con incremento en la resistencia al flujo urinario y, en consecuencia, una respuesta del músculo detrusor a la obstrucción producida por estos cambios. (Rubinstein et al., 2013, p. 143).

Este proceso puede provocar síntomas conocidos como “prostatismo”, que pueden deberse a los efectos directos de la obstrucción (síntomas obstructivos) o a los cambios en el funcionamiento vesical secundarios a la obstrucción crónica y a la distensión vesical (síntomas irritativos). (Rubinstein et al., 2013, p. 143)

El diagnóstico de la hiperplasia prostática benigna se lleva a cabo mediante el tacto rectal. Los factores de riesgo más importantes para desarrollar HPB incluyen la edad y la presencia de testículos funcionantes; los antecedentes heredofamiliares de este problema y la dieta occidental también serían factores predisponentes. Se cree que al alcanzar los 80 años todos los hombres han desarrollado HPB en mayor o menor medida (Michael, Gordon y Wojcieh, 2005).

La hiperplasia prostática benigna no es cáncer ni se convierte en cáncer, aunque puede ser un problema de salud grave para algunos hombres. Debido al cambio hipertrófico más central de la próstata, la uretra se comprime y se desarrolla una obstrucción al flujo urinario en numerosos pacientes. Con el tiempo la vejiga puede hipertrofiarse en respuesta a la obstrucción del flujo. En algunos pacientes la obstrucción es tan intensa que la orina no puede salir y se hace necesario un sondaje transuretral o suprapúbico (Drake, 2011, p. 408).

A pesar de no tratar se de una enfermedad maligna, la hipertrofia prostática benigna puede tener un efecto considerable en la vida cotidiana de muchos pacientes por lo que se requiere tratamiento y a menudo se pueden usar medicinas para reducir el tamaño de la próstata o para relajar los músculos que se encuentran en ésta, lo que usualmente ayuda a que la orina fluya. Si las medicinas no son útiles, puede que sea necesario emplear algún tipo de cirugía, tal como una resección transuretral de la próstata, este procedimiento recibe el nombre de prostatectomía transuretral. (Rubinstein et al., 2013, p. 143).

- Cáncer de próstata

Es uno de los cánceres más comunes en el varón afecta aproximadamente a uno de cada 20 sujetos. La incidencia del cáncer prostático aumenta con la edad y se calcula que lo padece el 70% de los hombres entre los 70 y 80 años. (CCSS, 2011)

Dentro de las características del cáncer de próstata está el ser un tumor de crecimiento lento. Se ha estimado que se requiere de 5 a 15 años para que un tumor alcance un volumen detectable de 1 ml. El cáncer de próstata también se caracteriza por ser un tumor que no da sintomatología temprana. Cuando produce síntomas se trata por lo general, de una enfermedad avanzada (dolor, fracturas patológicas, anemia, entre otros). El tratamiento curativo es posible solo cuando el cáncer está en un órgano confinado o sea, en un estadio temprano, por tanto, no podemos esperar la aparición de síntomas, debemos centrarnos en los métodos de detección temprana para realizar un diagnóstico precoz”. (CCSS, 2011)

Los tumores suelen desarrollarse en la zona periférica de la glándula. En el pasado la detección temprana era infrecuente porque la proliferación

anormal del tumor no hace protrusión dentro de la uretra y no produce síntomas que necesiten atención inmediata. En consecuencia, el cáncer de la próstata a menudo ya era inoperable en el momento que se descubría.

Sin embargo, a fines de la década de 1980, la introducción de las detecciones de PSA (antígeno prostático específico) para el cáncer prostático ha aumentado espectacularmente el diagnóstico temprano de esta enfermedad. La prueba del PSA ha revolucionado la detección temprana, el manejo clínico y el seguimiento de los pacientes con cáncer de próstata y este antígeno se considera uno de los mejores marcadores biomédicos disponibles en la actualidad en el campo de la oncología. Su uso conjunto con el examen digital anual del recto en los programas de detección del cáncer prostático ha aumentado significativamente el diagnóstico temprano de la enfermedad. (CCSS, 2011)

El tratamiento del cáncer consiste en cirugía, radioterapia o ambas modalidades para los pacientes con la patología localizada. La terapia hormonal es un tratamiento de elección para el cáncer avanzado con metástasis. Como las células del cáncer prostático dependen de los andrógenos, el objetivo del tratamiento es privarlas de testosterona por medio de la orquiectomía (extirpación testicular) o por medio de la administración de estrógenos o agonistas de la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH) para suprimir la producción de testosterona. A pesar del tratamiento, el pronóstico de pacientes con metástasis no es bueno. (Michael, R., Gordon, K. y Wojcieh, P., 2005).

New York-Presbyterian (2009), en su reseña Salud de próstata indica que aunque en general, todos los hombres pueden estar a riesgo de tener cáncer de próstata, hay factores específicos de riesgo que aumentan las

probabilidades de ciertos hombres de desarrollar la enfermedad, incluyendo los siguientes:

- Edad: particularmente en los hombres de 50 años de edad o mayores ya que más del 70 por ciento de todos los cánceres de próstata se les diagnostican a hombres mayores de 65 años de edad.
- Raza: el cáncer de próstata es casi 60 por ciento más frecuente entre los hombres afroamericanos que entre los hombres americanos caucásicos (de raza blanca). Los hombres japoneses y chinos nacidos en sus países tienen los índices más bajos de cáncer de próstata. Es interesante que cuando los hombres japoneses y chinos emigran a Estados Unidos, los índices de riesgo y mortalidad del cáncer de próstata aumentan en comparación con su población nativa. En Japón, la incidencia del cáncer de próstata ha aumentado desde que se han adoptado dietas y estilos de vida occidentales.
- Dieta: los datos epidemiológicos sugieren que la dieta de los países occidentales industrializados puede ser uno de los factores contribuyentes más importantes para desarrollar cáncer de próstata. Los estudios sugieren que los hombres que consumen dietas de alto contenido en grasas pueden tener más probabilidades de desarrollar cáncer de próstata. Por su parte alimentos como la fibra, la proteína de soja, la vitamina E y selenio en combinación, los carotenoides y las preparaciones a base de hierbas pueden disminuir el progreso del cáncer de próstata.
- Obesidad: la obesidad no solamente contribuye a la diabetes y al colesterol alto, sino que también se ha asociado con algunos cánceres comunes, incluyendo los tumores dependientes de hormonas como los cánceres de próstata, del seno y de ovario.

- Exposición ambiental: algunos estudios muestran una mayor probabilidad de padecer cáncer de próstata en agricultores o en hombres expuestos al metal cadmio presente en la fabricación de baterías, soldadura o electroplastia. Se necesitan investigaciones adicionales en esta área para confirmar si esta asociación es verdadera.
- Vasectomía, hiperplasia prostática benigna e infecciones de transmisión sexual: Los investigadores han estudiado la posibilidad de que los hombres que han sufrido alguna de estas condiciones, tienen un mayor riesgo de cáncer de próstata. Algunos estudios sugieren una relación, mientras que otros no apoyan estas afirmaciones.
- Historia familiar de cáncer de próstata: si el padre o un hermano tienen cáncer de próstata, el riesgo de desarrollar la enfermedad es más que duplica. El riesgo es aún más alto para los hombres que tienen varios familiares afectados, particularmente si los familiares eran jóvenes cuando se les diagnosticó la enfermedad.
- Factores genéticos: en el centro de cada célula del cuerpo humano se encuentra nuestro material genético: los cromosomas. Los cromosomas contienen los genes, que son los que determinan nuestras características. Algunos genes, cuando se alteran o mutan, establecen un riesgo mayor para el crecimiento incontrolado de células, el cual a su vez puede llevar al desarrollo de un tumor. Estos genes tienen varios nombres, pero en conjunto se les llama "genes susceptibles al cáncer". Se sabe que aproximadamente entre el 5 y el 10 por ciento de todos los cánceres de próstata se atribuyen a un cambio en el ADN heredado, como el gen susceptible al cáncer. Investigaciones recientes apuntan a hallazgos que sugieren que es un

conjunto de variaciones comunes en el ADN lo que conduce a un mayor riesgo de cáncer de próstata heredado en los hombres afroamericanos y a menos de la mitad de dicho porcentaje en los hombres caucásicos.

La estrecha relación observada entre diagnóstico precoz y sobrevida, ha determinado el desarrollo de métodos que permiten buscar la enfermedad en población presuntamente sana. Las pruebas de tamizaje utilizadas con mayor frecuencia son: examen digital rectal y antígeno prostático específico. La confirmación diagnóstica se realiza mediante estudio histopatológico de tejido obtenido por biopsia ecodirigida o resección quirúrgica. (Baechler, Henríquez, Aqueveque, Martínez y Soto, 2001)

i. Pruebas de detección temprana de padecimientos prostáticos

La revista EVIDENCIA (Rubinstein, Gueglio, Giudice y Tesolin, 2013, 143) en su reportaje Actualización: Hiperplasia prostática benigna, describe de la siguiente forma las pruebas utilizadas para la detección de padecimientos prostáticos:

Tacto rectal

Es la herramienta más utilizada del examen físico para la detección de padecimientos prostáticos consiste en que el médico introduce el dedo índice de la mano más hábil en el esfínter anal del paciente, para evaluar primero su tono muscular, y luego avanzar hacia el recto con el fin de palpar la glándula prostática.

Los aspectos de la glándula prostática que se deben evaluar en el tacto rectal incluyen:

- a. Tamaño: la próstata normal de un adulto joven tiene el tamaño de una nuez: 2 cm x 1.5 cm x 2 cm, y un volumen de aproximadamente 20 centímetros cúbicos (cc).
- b. Consistencia: la próstata normal tiene una consistencia similar a la de la punta de la nariz, la cual puede verse alterada por los padecimientos prostáticos.
- c. Superficie: debe ser lisa y homogénea; la presencia de nódulos, de manera independiente de su consistencia, debe considerarse un hallazgo patológico.
- d. Límites: deben ser precisos y regulares; debe poder palpase toda su cara rectal, separada con claridad de las estructuras vecinas.
- e. Sensibilidad: la próstata no debería doler si el tacto rectal es suave; la presencia de dolor debería hacer sospechar el diagnóstico de una prostatitis.
- f. Movilidad: la glándula prostática debe palpase como un órgano móvil; su fijación a otras estructuras orienta hacia una patología tumoral.

Antígeno prostático específico (APE)

Es una glicoproteína producida por el epitelio prostático que puede dosarse en sangre, y cuyo adjetivo “específico” hace referencia a que solo esta glándula tiene la capacidad de secretarla. Se considera normal un valor entre 0 y 4 nanogramos por mililitro (ng/ml), y elevado cuando este es mayor de 4 ng/ml. El principal problema de esta molécula marcadora

es que pueden observarse valores elevados en pacientes con próstata normal, con HPB, con prostatitis y con cáncer prostático.

Es fundamental dejar en claro algunos conceptos: a) El valor del APE se correlaciona con el tamaño de la glándula, es decir, cuanto mayor es el volumen de la próstata, mayor es la posibilidad de que este marcador este elevado. Sin embargo, las mayores elevaciones del APE ocurren en forma secundaria a la presencia del cáncer prostático y no de la HPB; b) El dosaje del APE no sirve para confirmar ni excluir el diagnóstico de HPB; c) El principal objetivo de la solicitud de APE en los pacientes con prostatismo es ayudar a descartar la presencia de cáncer de próstata. (Rubinstein et al., 2013, 143)

En el mundo a partir de los años 80 se implementó el uso del antígeno prostático específico (PSA), como prueba de detección temprana para el cáncer de próstata, la enfermedad se incrementó notablemente a expensas de un mayor diagnóstico en etapas más tempranas, antes solo el 25% de los tumores prostáticos se diagnosticaban en fases tempranas y con el PSA este porcentaje alcanzó el 90%, consecuente con este cambio en el diagnóstico la mortalidad disminuyó sin que podamos atribuir este resultado al uso del antígeno prostático exclusivamente.

El riesgo que tienen los hombres hoy en día de ser diagnosticados con cáncer de próstata en algún momento de su vida es de alrededor del 16%, este riesgo se relaciona con la edad especialmente, por ejemplo a los 50 años el riesgo de encontrar focos de microscópicos de cáncer en la próstata es de alrededor del 42% y a los 80 años puede superar el 70%; esto contrasta en forma importante con la mortalidad por esta enfermedad que en los países desarrollados no supera el 3% de los casos. (Instituto Nacional De Cancerología, 2013).

No se cuenta con información en el ámbito clínico sobre las tasas de diagnóstico temprano de cáncer de próstata y su distribución por estadíos al momento del diagnóstico, ya que para determinar dichas variables se requiere de otras pruebas más específicas como lo son para evaluar compromiso local la resonancia nuclear magnética, para evaluar compromiso ganglionar la TAC de abdomen y pelvis con contraste, para evaluar compromiso óseo la gammagrafía ósea y para evaluar compromiso pulmonar la radiografía de tórax convencional y la TAC, generando esto una incapacidad para determinar con exactitud el grado de posible progresión o agresividad del tumor en un paciente dado, el polimorfismo del tumor, la inexactitud de la estadificación y la variabilidad en la respuesta a los tratamientos por los diferentes pacientes hace casi imposible definir un solo tratamiento como óptimo para la mayoría de los pacientes. El tratamiento es quizás uno de los tópicos en cáncer de próstata de mayor interés y controversia en la actualidad. (Instituto Nacional De Cancerología, 2013).

Baechler, Henríquez, Aqueveque, Martínez, y Soto (2001) en su estudio Prevalencia del cáncer de próstata en la comuna de Talca, VII región Chile. Refieren que el examen digital rectal tiene el inconveniente que no permite explorar toda la próstata, dado que sólo es posible palpar su región posterior y lateral.

Estudios sobre el particular, señalan que 25 a 35% de los tumores ocurren en una posición no accesible al dedo examinador. Por otra parte, si bien el antígeno prostático es específico de la glándula, sus niveles plasmáticos pueden incrementarse por procesos inflamatorios no neoplásicos; los falsos positivos originados por patología benigna, le restan validez a la prueba.

Por lo tanto sin perjuicio de la restricción metodológica descrita precedentemente, es posible señalar según dicen ellos que, coincidente con las publicaciones sobre el tema, su estudio demostró que el examen digital rectal posee alta sensibilidad y baja especificidad; a diferencia del antígeno prostático, el cual presenta menor sensibilidad pero mayor especificidad.

Indican que la Asociación Americana Urológica recomienda un examen digital rectal a todos los hombres mayores de 40 años; en los pacientes mayores de 50 años se sugiere incluir la medición del antígeno prostático específico. Respecto al ultrasonido transrectal, señala que debería reservarse para pacientes con un examen digital rectal alterado o un antígeno prostático elevado.

Estudios complementarios

a. Sedimento urinario:

En los pacientes con HPB suele ser normal. Debemos solicitarlo en la evaluación inicial de todo paciente con este diagnóstico presuntivo con el objetivo de excluir otros diagnósticos y detectar complicaciones. Si hay piuria (presencia de 5 o más leucocitos por campo), es necesario solicitar un urocultivo para descartar que los síntomas sean secundarios a una infección urinaria. Si hay hematuria (presencia de 3 o más hematies por campo), el paciente deberá someterse a estudios de mayor complejidad, dado que, aunque la hematuria puede ser una complicación de la HPB, puede deberse a enfermedades malignas como el cáncer de riñón o de vejiga. (Rubinstein et al., 2013, 143)

b. Dosaje de creatinina sérica

Aunque la posibilidad de que la HPB determine una obstrucción crónica severa que lleve a la insuficiencia renal postrenal es baja,

debe solicitarse un dosaje de creatinina en la evaluación inicial de todo paciente con diagnóstico presuntivo de HPB y si este metabolito está elevado, será necesario estudiar el árbol urinario mediante una ecografía renal. (Rubinstein et al., 2013, 143)

2.2.2. Salud y masculinidad

A través de la historia humana la salud ha sido conceptualizada de formas muy diversas, según las percepciones, pautas culturales, conocimientos y creencias, de cada individuo, grupo, comunidad y época.

En la actualidad se habla de la salud como parte de un proceso dinámico salud-enfermedad, que se sabe, no es estático sino que está en constante cambio, ya que se ve influido por múltiples factores, Kerouac, en su libro, *El Pensamiento enfermero* (1996) lo expone de la siguiente manera:

La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o la ausencia de enfermedad. Formando parte de la dinámica de la experiencia humana, la salud se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular... Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción (p. 14).

De acuerdo con lo anterior, el concepto de salud no se reduce al individuo, sino que se ve influido por la sociedad y el ambiente, y cualquier cambio que exista en este influirá en las personas que en él se encuentren y viceversa. Es en la infancia principalmente cuando se transmiten los primeros mensajes socializadores respecto a la salud, los cuales por ser recibidos en una etapa de gran susceptibilidad a la influencia externa, tienen un poderoso efecto.

Al respecto de la socialización Poal (1993) indica que es el proceso a través del cual:

Las personas aprenden los valores, expectativas y costumbres de la sociedad en la que han nacido. Así la familia, los amigos, la escuela, la televisión, los compañeros de trabajo, etc., nos van transmitiendo continuamente los parámetros dentro de los cuales se permite y se espera que las personas actúen en nuestra sociedad (p. 76).

Es decir la persona aprende de acuerdo a su cultura lo qué es considerado correcto, adecuado y pertinente, aprendiendo también a diferenciarlo de lo incorrecto, inadecuado y no deseable. Es así como los procesos de socialización en salud, moldean en gran medida, nuestros conocimientos, percepciones y conductas de autocuidado.

Para Poal (1993, p. 77) la socialización cumple una función homogeneizadora, ya que establece normas y expectativas sociales que son iguales para todas las personas nacidas en una misma sociedad o cultura, pero por otro lado también efectúa una función diferenciadora porque se realiza con base en las variables, como edad, sexo y nivel socioeconómico. Ejemplo de esto es que no se socializa por igual a hombres y mujeres, por lo que el sexo se convierte en una variable muy importante.

Para el presente estudio centraremos la atención precisamente en esta variable. Romero, R. y Rodríguez, N. (s.f., s.p.) definen sexo como “las características del cuerpo tanto anatómicas como fisiológicas, que establecen diferencias entre hombres y mujeres para los humanos y entre hembras y machos cuando se trata de los animales. Estas diferencias se pueden apreciar en los órganos sexuales”.

Lo femenino y lo masculino por su parte obedecen a un proceso de construcción histórico basado en la asignación de cualidades y funciones a los hombres y a las mujeres a partir de la apariencia externa de sus

genitales, definen las tareas y funciones propias de las mujeres y los hombres y se otorgan espacios diferenciados de desarrollo individual, social y cultural para unas y otros.

Esta diferenciación es lo que conocemos como género, que es conjunto de características sociales, culturales, políticas y económicas asignadas a las personas en forma diferenciada de acuerdo a su sexo. La categoría de género incluye las expectativas y oportunidades que se asignan a las personas y estas van a entender como propias sobre la base de las características biológicas de su sexo.

Según indica Araya (2001):

Independiente del contexto social en que surjan, y por lo tanto de las diferencias que puedan mostrar, así como de los cambios operados en ellas a través del tiempo, las normas sociales de género han estado fincadas en el perenne contraste entre lo femenino y lo masculino. Este contraste ha creado diferencias que constituyen una forma clave para que los seres humanos se identifiquen como personas, para organizar las relaciones sociales y para simbolizar los acontecimientos y procesos naturales y sociales significativos (p. 171).

Es decir que a través de las normas sociales de género las personas establecen cual es el comportamiento esperado de acuerdo a su sexo dentro de una determinada comunidad, generando así un sentido de pertenencia en el individuo.

De lo anterior surge el concepto de masculinidad, que alude a la construcción de un rol de hombre socialmente reconocido, formado por la tradición y el sistema político, social y cultural y aprendido en los principales

entornos socializadores, como son la familia, el grupo de iguales, la escuela o los medios de comunicación (Sipi3n, 2008, p. 11).

De acuerdo con Sipi3n la masculinidad se refiere al modelo de “ser hombre” construido bajo el sistema patriarcal cuyas caracteristicas fundamentales serían las de ser proveedor, trabajador, responsable, racional, emocionalmente controlado, heterosexual activo, jefe del hogar, padre, fuerte y blanco, con dominio sobre otros hombres

Jiménez, M. (2009) agrega que la masculinidad se mide a través del éxito, el poder y la admiración que (los hombres) son capaces de generar en los otros. Tienen que ser independientes, contar solamente consigo mismos; además, tienen que ser siempre fuertes, recurriendo a la violencia si es necesario. Deberán demostrar que son capaces de correr todos los riesgos; el var3n ejemplar es duro, solitario, no necesita de nadie, es impasible y es viril.

La masculinidad por lo tanto cultural e hist3ricamente construida, establece claras “ventajas” para la poblaci3n masculina como lo son una mayor independencia, la agresividad, la competencia y la incorporaci3n de conductas violentas y temerarias en aspectos tan diversos como la relaci3n con vehiculos, adicciones, la violencia y la sexualidad (De Keijzer, Benno, 1997, p. 3)

Estas caracteristicas se incorporan porque aparecen como ventajosas dentro de las relaciones de poder entre géneros, son socialmente más valoradas y son asignadas desde pequeño a través de diversas redes e instituciones pero con el tiempo se van transformando en un costo sobre la salud del hombre y la de quienes le rodean.

Al respecto en Costa Rica según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2012) al analizar la evolución de la población por sexo, se observa que aunque la población masculina es levemente mayor en su magnitud que la población femenina, esta relación de sexos varía con la edad, los índices de feminidad y masculinidad presentan un comportamiento de acuerdo a la tendencia esperada, es decir, una mayor proporción de población masculina en las primeras edades, la cual se estabiliza en las edades adultas, para luego disminuir considerablemente a partir de los 65 años.

Esta tendencia puede ser explicada por el comportamiento diferencial de la mortalidad por sexo, la cual, en términos biológicos, es mayor en la población masculina que en la femenina principalmente en los primeros años de vida. Y por la construcción de la masculinidad que aumenta el riesgo ante la muerte conforme pasan los años. Entre estas situaciones de riesgo que enfrentan los hombres se encuentran: una mayor exposición a trabajos que conllevan riesgos físicos, conductas arriesgadas y pocas prácticas de autocuidado. (INEC, 2012, p. 31)

En el caso de las muertes por cáncer de próstata, a todas estas conductas asociadas a la masculinidad hegemónica, se suma al imaginario homofóbico de que los exámenes físicos relacionados con la detección del cáncer de próstata pueden poner en “tela de juicio su virilidad”, produciendo que el tema se maneje como tabú y que muchos hombres acudan a consulta únicamente cuando ya presentaron síntomas que ponen significativamente su vida en riesgo. Sumado a lo anterior, el enfoque de los servicios de salud reproductiva no consideran las necesidades específicas de los hombres, por lo que no existe un programa de información que promueva la detección temprana. (INEC, 2012, p. 31)

Llama la atención el hecho de que particularmente durante los últimos 4 años se observa un aumento de casos en edades más tempranas. Asimismo, el grupo de 50 a 64 años aumentó en 55,2% del 2008 al 2012, mientras que los grupos de 65 a 69 y 70 a 74 años aumentaron en 20,0% y 19,6% respectivamente durante ese mismo periodo. (INEC, 2012, p. 31)

En cuanto a la mortalidad y morbilidad de la población, los indicadores muestran en términos generales una mayor afectación de la población masculina la cual obedece en gran medida a una construcción hegemónica de la “masculinidad”, que exalta conductas de riesgo que vulnerabilizan la salud de los hombres. En este sentido, es necesario fortalecer procesos de sensibilización y educación orientados a la construcción de nuevas masculinidades, el ejercicio de una sexualidad placentera pero segura y responsable, así como la relevancia de una salud integral, sustentada en enfoques preventivos. A esto debe sumarse la necesidad de que el sistema de salud revise si su perspectiva de atención invisibiliza las características socialmente asignadas a los varones reproduciendo o reforzando esos patrones al no desarrollar políticas en salud, preventivas y de atención que consideren sus necesidades y características. (INEC, 2012, p. 31-32)

Todo lo anteriormente descrito se incluye dentro las normas sociales que evidencian los modos y procesos de constitución del pensamiento social por medio del cual las personas construyen y son construidas dentro de su realidad social, la cual se rige con fuerza en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que mujeres y hombres actúan en el mundo y generan la conciencia colectiva

Es así como la sociedad influye positiva o negativamente en las actitudes y prácticas de los individuos que la conforman.

La actitud se define como un estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos. A partir de la experiencia, las personas adquieren una cierta predisposición que les permite responder ante los estímulos.

Una actitud es la forma en la que un individuo se adapta de forma activa a su entorno y es la consecuencia de un proceso cognitivo, afectivo y conductual. Por eso, la psicología social se encarga de estudiar las actitudes de los seres humanos para predecir posibles conductas. Cuando se observan las actitudes de un individuo, es factible prever su modo de accionar.

Por su parte las prácticas se pueden definir como un modo recurrente de realizar una cierta actividad, compartido por todos los integrantes de una comunidad. Dichas prácticas son válidas para una sociedad específica, pero pueden resultar inapropiadas para otras.

Es importante tener en cuenta que las prácticas sociales propias (es decir, las que desarrolla cada persona en el seno de su comunidad) no deben entenderse como las correctas o las adecuadas, pensando que las prácticas de otras comunidades son equivocadas. Cada sociedad construye sus propias prácticas en el tiempo y éstas constituyen apenas una manera de hacer las cosas, influenciada por diversos factores. Una práctica social se constituye a través de los años y pueden cambiar a lo largo de la historia

Vincent-M. en su ensayo Sobre la Alienación del VARÓN (s.f., s.p.) refiere que

La importancia de ser varón es “algo que obliga”, como algo que hay que ganar, como algo que no se tiene y que hay que

merecer cumpliendo precisamente el modelo oficial. Aquí el varón individual se siente en permanente tensión con el varón genérico, compara su realidad mediocre con el modelo brillantísimo de su sexo, redefine incluso, en términos más elegantes y pundonorosos, ese modelo, y se instala conflictivamente en la permanente sospecha de que otros varones son más varones, en algún sentido, en todos los sentidos, que él.

De acuerdo con lo expuesto resulta ser relevante en esta investigación el describir, y hacer inteligible y comprensible las prácticas sociales de los hombres, para entender cómo la población masculina actúa, para dar sentido a lo que hacen, es necesario indagar los significados y sentidos que éstos elaboran y ponen en su universo de vida, o en objetos particulares de la cultura, como es el del cuidado de su salud.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque de la investigación

La presente investigación Actitudes y prácticas de un grupo de hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos: un análisis desde la teoría de los sistemas de Imogene M. King, Consultorio Médico Banco Popular. 2015, se planteó en la modalidad de tesis que se define como “un proceso de investigación que culmina con un trabajo escrito que aporta algo original sobre el asunto investigado” (Consejo Universitario, 2003, p. 1).

Por la naturaleza de su planteamiento este trabajo tiene un enfoque cualitativo ya que “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación, se fundamenta en un proceso inductivo, que va de lo particular a lo general” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 7 y 8).

Entre las características de este enfoque encontramos (Hernández et al., 2014, p. 7-9):

- La investigación cualitativa se fundamenta en un proceso inductivo donde se busca explorar, describir y generar perspectivas teóricas por medio de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos.
- La investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes.
- El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados. No se efectúa una medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico.

De acuerdo con lo anterior en este estudio, se investigaron pensamientos, representaciones mentales, construcciones sociales y de vida, por lo tanto los participantes tuvieron la oportunidad de exponer su opinión, creencias y percepciones, es decir aquí interesó conocer su posición frente al tema de investigación.

Además a través del análisis de las diferentes proposiciones, obtenidas por medio de las entrevistas fue posible obtener una mejor comprensión de lo que representa para los hombres el realizarse las pruebas de detección de padecimientos prostáticos. De esta forma la metodología encaja ya que se busco interpretar un contexto bajo los diversos puntos de vista de los implicados.

3.2. Tipo de estudio

Este estudio es descriptivo ya que según Hurtado de Barrera (2010, p. 412) “tiene como objetivo la descripción precisa del evento de estudio. En la investigación descriptiva se hace enumeración detallada de las características del evento de estudio”, por lo tanto se ajusta a las particularidades propias de esta investigación que buscó caracterizar la actitud que tienen y cómo actúan los hombres con respecto a la detección de padecimientos prostáticos.

En el caso de la investigación descriptiva, la indagación va dirigida a responder a las preguntas quién, qué, dónde, cuándo, cuántos. En este tipo de investigación no se estudia relaciones causales entre los eventos ni se formulan hipótesis, como lo indica Hernández et al. (2014, p. 102) “busca especificar las propiedades las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”.

Además se estableció cómo influyen las interacciones sociales en la percepción que tienen los participantes sobre el proceso de tamizaje prostático, siendo “útil para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación” (Hernández et al., 2014, p.102).

Diseño de investigación descriptiva

Entre los procesos o fases que componen la investigación descriptiva según la propuesta de Hurtado es posible enunciar:

- a. Fase exploratoria: “consiste en delimitar el tema y precisar el enunciado holopráxico, es decir qué se quiere investigar, acerca de cuál característica, en quiénes, en cuál contexto y cuándo” (Hurtado, 2010, p. 415).

En la investigación esta fase se realizó al elegir el tema referente a las pruebas de detección de padecimientos prostáticos y población con la que se deseaba trabajar, así como el lugar donde se realizará el estudio. El resumen de esta fase se encuentra en el título del proyecto: **Actitudes y prácticas de un grupo de hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos: un análisis desde la teoría de los sistemas de Imogene M. King, Consultorio Médico Banco Popular. 2015.**

- b. Fase descriptiva: “comprende la descripción de las necesidades que originaron el estudio, y los objetivos a lograr con la investigación” (Hurtado, 2010, p. 415).

Para esta fase se realizó una búsqueda de los antecedentes de la investigación, así como una revisión que permitiera conocer la

incidencia de los padecimientos prostáticos en el país, de esta forma se determinó la pertinencia de realizar la presente investigación.

- c. Fase analítica, comparativa y explicativa: según indica Hurtado en esta fase se trabaja en la revisión documental, “ se requiere revisar las teorías y definiciones existentes con respecto al evento a describir, compararlas, valorarlas e integrarlas, o seleccionar aquellas que permitan identificar sinergias e indicios precisos para la caracterización del evento” (Hurtado, 2010, p. 417).

Esta fase se encuentra documentada en el presente estudio por medio del marco referencial, en ella se realizó una revisión bibliográfica, con el fin de obtener una mejor comprensión del tema a investigar e interpretar los resultados posteriormente.

- d. Fase predictiva: “La revisión de investigaciones anteriores le permite (al investigador) estimar las posibilidades reales de llevar a cabo la investigación, le proporciona ideas acerca de las técnicas a utilizar y los instrumentos existentes para la descripción de los eventos de estudio, y le permite prever las posibles dificultades y limitaciones de la investigación” (Hurtado, 2010, p. 417).

En la presente investigación, esta fase está muy ligada y casi inmersa en las fases anteriores, la revisión bibliográfica y la realización de ajustes en el estudio ha permitido perfilar y delimitar de forma adecuada el evento a investigar.

- e. Fase proyectiva: Hurtado (2010, p. 418) indica que esta fase “abarca las especificaciones de diseño, técnicas para la recolección de datos, abordaje tipo de investigación... de modo tal que se pueda lograr la descripción del evento”.

Esta fase se ha desarrollado en el actual capítulo correspondiente a la metodología donde se describen el tipo de investigación, las unidades de estudio, el instrumento de recolección de datos y las técnicas de análisis de datos a utilizar.

- f. Fase interactiva: “consiste en poner en marcha el diseño de la investigación y llevar a cabo los procedimientos. En esta fase se aplican los instrumentos a las unidades de estudio a fin de recolectar la información necesaria para lograr la descripción” (Hurtado, 2010, p. 420)

Para este estudio se realizó una entrevista semiestructurada a 16 hombres mayores de 50 años que asistieron a consulta médica al Consultorio Médico del Banco Popular durante el mes de agosto, inicialmente los participantes leyeron y firmaron el consentimiento informado en el que aceptaron participar en el estudio de forma voluntaria, estas entrevistas fueron grabadas para su posterior análisis.

- g. Fase confirmatoria: “en esta fase el investigador procesa la información obtenida durante la aplicación de los instrumentos” (Hurtado, 2010, p. 420).

Inicialmente para esta fase las entrevistas descritas en la fase anterior fueron transcritas, se asignó un diminutivo a cada participante para proteger su identidad, y se tabularon las respuestas para facilitar su manejo según las edades de los participantes.

Además de acuerdo a la tabla de categorías establecida en la fase proyectoria que permitió distribuir la información en los diferentes parámetros de análisis y con el aporte de otras investigaciones

realizadas sobre el tema en estudio, se realizó un el análisis y triangulación de los datos.

- h. Fase evaluativa: “en esta fase se precisan los alcances del proceso investigativo, a partir de lo ocurrido durante la recolección de datos. Integra inquietudes, consecuencias, aspectos no resueltos y posibles líneas de acción para investigaciones futuras. Involucra la presentación escrita del estudio y la divulgación oral de los resultados” (Hurtado, 2010, p. 421).

Finalmente esta fase la he dividido en dos partes el planteamiento de las conclusiones y recomendaciones obtenidas del análisis de datos y la presentación y defensa de todo el trabajo de investigación que se ha realizado ante el Comité Asesor para la respectiva valoración y aprobación de los resultados.

3.3. Población

Banco Popular surge en 1901 como resultado de la iniciativa de transformar el fondo de ahorro capitalizado, llamado El Monte de la Piedad, dedicado a pignorar alhajas y prendas para solventar las necesidades urgentes de los trabajadores.

El 11 de julio de 1969 fue creado el Banco Popular y de Desarrollo Comunal, mediante la Ley 4351, en la administración del expresidente de la República Lic. José Joaquín Trejos Fernández, con el objetivo de promover el desarrollo y brindar protección económica a los trabajadores del país. En 1970 con el deseo de servir a todos los costarricenses, se crea la primer sucursal en la provincia de Limón, y así continúa haciendo presencia en el resto de las regiones del país.

Para 1973 se presenta la primera reforma a la Ley Orgánica del Banco, donde la dirección de esta entidad bancaria se asigna a una Junta Directiva Nacional y la administración a un gerente y dos subgerentes. Trece años después se crea una nueva instancia: La Asamblea Nacional de Trabajadores, a la cual le corresponde hasta el día de hoy definir las pautas y la política general del Banco. Y en 1995 mediante la Ley que reforma el Sistema Financiero Nacional, se permite al Banco ofrecer servicios a sus clientes, los cuales la ley no le permitiría brindar, especialmente cuentas corrientes y operaciones en el área internacional.

Actualmente el Banco Popular forma parte del Conglomerado Financiero Banco Popular y de Desarrollo Comunal, el cual está conformado por las siguientes empresas: Banco Popular; Popular Valores Puesto de Bolsa S. A., Popular Sociedad Fondos de Inversión S.A.; Operadora de Planes de Pensiones Complementarias del BPDC y Popular Sociedad Agencia de Seguros S.A.

El Banco Popular en el edificio central cuenta en su totalidad con 3691 empleados de los cuales 1808 son varones y 562 de ellos se encuentran entre los 50 y 64 años y componen la población de interés para este estudio (División de Servicios al Personal, Dirección de Capital Humano, Banco Popular, 2015)

Para realizar esta investigación se solicitó el permiso respectivo ante la Unidad de Bienestar Laboral a la cual pertenece el Consultorio Médico de Empresa del Banco Popular (ver Anexo 1: Carta de autorización del Banco Popular).

3.4. Sujetos Informantes

Un estudio cualitativo debe generar una comprensión de la naturaleza del objeto de estudio y de las propiedades y características de las relaciones sociales estructurales relevantes para la investigación.

Esta investigación buscó acceder la comprensión de la naturaleza del objeto social, basada en una muestra homogénea en la que “las unidades que se van a seleccionar poseen el mismo perfil o características, o bien comparten rasgos similares. Su propósito es centrarse en el tema por investigar” (Hernández et al., 2014, p. 388), es decir buscó una aproximación a la totalidad de la población en estudio mediante la definición clara de las características más importantes que delimitan sus niveles estructurales.

Los criterios de inclusión que se utilizaron para seleccionar la muestra para esta investigación son los siguientes:

- Hombres con edades entre 50 y 64 años de edad.
- Que sean empleados del Banco Popular y laboren en el Edificio Metropolitano.
- Que acudan al consultorio médico del Banco Popular durante el mes de agosto 2015.

Para establecer el tamaño de la muestra en la presente investigación en dieciséis hombres, se utilizaron una serie de criterios que a continuación se detallan:

- a. Punto de saturación: “El punto de saturación del conocimiento es el examen sucesivo de casos que van cubriendo las relaciones del objeto social, de forma tal que, a partir de una cantidad determinada,

los nuevos casos tienden a repetir – saturar – el contenido del conocimiento anterior” (Mejía, 2000, p. 171).

Bertaux mencionado por Mejía (2000) realizó un estudio práctico de investigación donde estableció el tamaño más adecuado para la muestra de una investigación cualitativa, él determinó respecto al punto de saturación que con una muestra de entre 16 y 25 individuos “se tiene un retrato claro de las pautas y de sus transformaciones recientes. Se confirman pautas establecidas, solo se añaden ligeras variaciones” (p. 172).

- b. El segundo criterio que se tomó en cuenta es la elección de las personas que formarán parte de la muestra para esta investigación, las cuales se escogerán en forma sistemática según criterios de representatividad, pertinencia y predisposición:
- La representatividad, “consiste en elegir personas que respondan al perfil característico de los niveles estructurales del objeto de estudio, sujetos típicos de un grupo social” (Mejía, 2000, p. 174).
 - La pertinencia, “se refiere a la necesidad de buscar que los individuos seleccionados posean un conocimiento básico y profundo del mundo sociocultural que representan” (Mejía, 2000, p. 174).
 - La predisposición, se entiende como la aptitud de “aceptar participar en la investigación, disponer de tiempo para dedicarlo a la realización de la misma” (Mejía, 2000, p. 174).

En ese sentido, la validez de la muestra cualitativa es resultado del conjunto de casos examinados tomados del mismo conjunto de

relaciones socioestructurales que se apoyan unas a otras y construyen, todas juntas un cuerpo sólido de evidencias.

- c. El tercer criterio para la selección de la muestra se basó en la estrategia de captación de los participantes, según Mejía (2000, p. 176) se recomienda que los mismos no tengan un parentesco con el investigador ni estén ligados entre ellos, ya que esto podría generar sesgos distorsionando el contenido del estudio.
- d. Se destaca como último criterio “la necesidad de evitar que los participantes cuenten con cualquier información relacionada con la temática de estudio que pudiera influir en sus opiniones introduciendo sesgos” (Mejía, 2000, p. 177).

3.5. Instrumento de recolección de la información

La recolección de datos es el “acopio de los datos en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes” (Hernández et al., 2014, p. 274).

En la presente investigación la recolección de los datos se realizó mediante la ejecución de una entrevista semiestructurada que “se basa en una guía de asuntos o preguntas y el investigador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados” (Hernández et al., 2014, p. 403).

La entrevista utilizada se tituló “**Actitudes y prácticas sobre la detección temprana de padecimientos de la próstata**” (ver Anexo 4: Guía de entrevista semiestructurada), bosqueja una serie de preguntas abiertas a través de las cuales fue posible identificar como viven los hombres participantes, el proceso de la detección de padecimientos de la próstata desde su propia realidad.

Se conformó en tres partes de acuerdo a los objetivos de la investigación:

- a. La primera parte es la caracterización de la población consta de siete preguntas que contribuyeron a describir a los participantes con el fin de conocer a la población en estudio, definiendo su edad, estado civil, estudios, campo de labor, etc.
- b. La segunda parte se basó en el objetivo de explorar las actitudes que poseen estos hombres participantes en relación a la detección de padecimientos prostáticos, se constituyó por siete preguntas con las que se exploró los conocimientos que tienen los participantes sobre los exámenes de detección de padecimientos prostáticos y las actitudes que generan en los ellos.
- c. La tercera parte de la entrevista se centró en el objetivo de identificar las prácticas que realizan los hombres en estudio en relación a la detección de padecimientos prostáticos y estuvo conformada por trece preguntas.

A través de estas preguntas y respuestas logré una comunicación y construcción conjunta de los significados respecto al tema. Guardián (2007, p. 197) menciona que la entrevista cualitativa “se encuentra en un punto intermedio, entre la conversación cotidiana y la entrevista formal y el sujeto o persona entrevistada construye un espacio de reflexión y de afirmación”.

De esta forma los funcionarios bancarios participantes en la investigación, compartieron en un ambiente abierto y de confianza su experiencia respecto al tamizaje de padecimientos prostáticos, cómo influyen

sus creencias y valores así como la familia y la sociedad en este proceso y que implicaciones puede tener para la práctica de su autocuidado.

Esta entrevista permitió adentrarse un poco en el estudio “de los sistemas de normas y valores, captación de imágenes y representaciones colectivas y análisis de creencias individualizadas” (Guardián, 2007, p. 198), pues este tema se encuentra íntimamente relacionado con los sistemas de normas y valores de los individuos.

Para alcanzar la validez del instrumento que se utilizó en esta investigación, efectué una preparación previa de las preguntas seleccionándolas de acuerdo con los objetivos de la investigación y las categorías de análisis basadas en la teorizante de Imogene King, para generar la guía de entrevista: “Actitudes y prácticas sobre la detección temprana de padecimientos de la próstata”, la cual posteriormente sometí a una evaluación por parte de varios profesionales en salud entre ellos médicos generales y licenciados en enfermería, para valorar la pertinencia y objetividad de las preguntas.

Realicé además dos pruebas piloto en las que participaron diez hombres con edades entre los 50 y 64 años.

- a. La primer prueba fue realizada con cinco hombres, fue escrita como un cuestionario y permitió detectar principalmente que el nivel del vocabulario utilizado en principio era muy técnico y poco comprensible para los participantes, además de que era mejor utilizar preguntas abiertas en el planteamiento de la entrevista y no cerradas como inicialmente se plantearon algunas principalmente en la primera parte del cuestionario.

- e. La segunda prueba hecha con otros cinco hombres fue oral y ayudó a detectar posibles deficiencias al plantear las preguntas en forma oral al usuario y rescatar cuáles preguntas generaban respuestas dobles o no se entendían correctamente; así también me permitió establecer el tiempo promedio que demoraba el realizar la entrevista que fue aproximadamente de entre 15 y 30 minutos, así como el método para documentar las respuestas determinando que la mejor opción era el grabar las entrevistas y luego transcribirlas ya que al anotar las entrevistas el proceso se hacía tedioso y mi propia interpretación podía generar sesgos en las respuestas.

3.6. Aspectos Bioéticos de la Investigación

Con respecto a los aspectos bioéticos en la investigación González Ávila, M. (2002) afirma que “el ejercicio de la investigación científica y el uso del conocimiento producido por la ciencia demandan conductas éticas en el investigador” (p.89). Dichas conductas deben garantizar el respeto a las buenas prácticas de investigación y uso del conocimiento.

Ramírez (2011, p. 162) indica que en 1979 se presentó el Informe de Belmont donde se contemplan los tres principios fundamentales de la ética de la investigación en y con seres humanos. Estos principios son universales, trascienden los límites geográficos, culturales, económicos, legales y políticos. Estos principios deben orientar la conducta de quienes participen en la planeación realización y patrocinio de la investigación con seres humanos.

Los tres principios fundamentales postulados en el Informe Belmont (Ramírez, 2011, p. 162) son:

- a. Autonomía: Este principio reconoce la capacidad y los derechos de las personas de tomar sus propias decisiones sobre participar o no participar como informantes en la investigación. El respeto por las personas se expresa en el proceso del consentimiento informado.

Para esta investigación, tanto el Consentimiento informado como la Guía de entrevista semiestructurada, fueron sometidos a revisión por parte de El Comité Ético Científico de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica para las Investigaciones en las que Participan Seres Humanos (CEC.), ente encargado de promover el respeto a la dignidad de la población, ejercer control en las investigaciones con personas y asegurar la rigurosidad científica de las Investigaciones realizadas en la Institución en conjunto con las unidades académicas. (Ver Anexo 3: Consentimiento Informado y Anexo 4: Guía de Entrevista Semiestructurada)

- b. Beneficencia y no maleficencia: El investigador es responsable del bienestar físico, mental y social del participante en lo que refiere al estudio. La no maleficencia indica que el participante no debe sufrir daño, no ser lastimado ni perjudicado. El investigador no puede revelar información que avergüence o comprometa al informante, tampoco lo puede obligar a encarar aspectos de su vida que no desea.

A cada participante en el estudio se le proporcionó una copia impresa del Consentimiento informado, este se leyó, se aclararon de posibles dudas al respecto y se firmó por parte de la entrevistadora, el participante y un testigo.

Una vez firmado el consentimiento informado se procedió a la aplicación de la entrevista, la cual fue realizada en el lugar de elección

del participante, asegurando su tranquilidad, comodidad y privacidad, cada entrevista fue grabada en audio. Además en la transcripción de las entrevistas se utilizaron diminutivos de nombres comunes para proteger la identidad de los entrevistados.

- c. Justicia: La obligación del investigador es distribuir por igual los riesgos y los beneficios de la participación en la investigación. El reclutamiento y la selección de los participantes deben hacerse de manera justa y equitativa: no puede haber discriminación de personas. La justicia no permite que grupos vulnerables participen en una investigación para el beneficio exclusivo de grupos más privilegiados.

Obtenido el aval por parte del Comité Ético Científico se procedió a realizar el trabajo de campo seleccionando de entre los funcionarios bancarios que asistieron a la consulta médica de empresa durante el mes de agosto, a aquellos que se ajustaran a los criterios de selección anteriormente mencionados para esta investigación y que aceptaran voluntariamente participar en la entrevista.

3.7. Categorías de análisis

Seguidamente se presenta la tabla de categorías utilizada para el análisis de la investigación. Este cuadro se basó en los objetivos de esta investigación y su relación con los diferentes sistemas mencionados en la Teoría para el logro de objetivos desarrollada por Imogene King.

Ámbito temático	Problema de Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivo general	Objetivos específicos
Exámenes de detección de padecimientos prostáticos.	Las actitudes y prácticas de los hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos, y las formas en que estos se asumen a partir de la construcción social de la masculinidad.	¿Cuáles son las actitudes y prácticas que tienen los hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos?	Analizar las actitudes y prácticas de un grupo de hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos.	Explorar las actitudes que poseen estos hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos.
				Identificar las prácticas que realizan los hombres en estudio en relación a la detección de padecimientos prostáticos.

Objetivos específicos	Categoría	Subcategoría	Preguntas de investigación
Explorar las actitudes que poseen estos hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos.	Actitudes	Autoconcepto Rol	Edad en años Nacionalidad Domicilio Estado Civil ¿Tiene hijos? ¿Cuántos? Grado Académico ¿Qué puesto ocupa dentro de esta institución?
		Percepción	¿Qué diría usted que es la próstata, para qué sirve? ¿Cuáles enfermedades se pueden dar en la próstata? ¿Qué hace sospechar a un hombre, que tiene una enfermedad de la próstata? ¿Sabe usted en qué consisten las pruebas que se

			<p>utilizan para diagnosticar enfermedades en la próstata?</p> <p>¿Cuándo considera usted que es importante realizarse las pruebas diagnósticas de la próstata?</p> <p>¿Recuerda tener algún familiar cercano o amigo que haya estado enfermo de la próstata? ¿Cómo describiría que fue esa experiencia?</p> <p>¿Qué mitos y creencias ha escuchado usted sobre los exámenes de detección de enfermedades prostáticas?</p>
		Crecimiento y desarrollo	<p>El concepto tiene de usted mismo, ¿se ha visto modificando de alguna manera con el paso de los años?</p>

		Imagen corporal	¿Presenta usted algún síntoma que le pueda hacer sospechar sobre algún padecimiento prostático ó se le ha detectado algún padecimiento de la próstata?
Identificar las prácticas que realizan los hombres en estudio en relación a la detección de padecimientos prostáticos.	Prácticas	Transacción	¿Cuándo acude al médico para realizarse chequeo general de salud, se realiza usted las pruebas diagnósticas de enfermedades de la próstata?
		Espacio	¿Piensa usted que el grado de comodidad al realizarse el tacto rectal puede variar de acuerdo al sexo del profesional que realiza la prueba?
		Estrés	¿Qué impresiones experimenta usted con relación a los exámenes de detección de enfermedades de la próstata?

		Roles	<p>¿Siente usted que su condición de ser hombre se ve afectada al realizarse el tacto rectal?</p> <p>¿Cuenta usted con el apoyo de su familia en el cuidado de su salud?</p> <p>¿Se encuentra en este momento sexualmente activo (mantiene regularmente relaciones sexuales)?</p> <p>¿Influye la relación con su pareja en la decisión de realizarse las pruebas de detección de enfermedades de la próstata?</p>
		Estatus	<p>¿Influyen sus amigos en la decisión de realizarse o no las pruebas de detección de enfermedades prostáticas?</p>
		Conducta Toma de decisiones	<p>¿Qué situaciones podrían hacer que usted evite realizarse los exámenes de la próstata?</p>

		Organizaciones	¿Ha encontrado dificultades en el sistema de salud para realizarse las pruebas de detección de enfermedades de la próstata?
		Comunicación	¿Ha recibido información sobre los padecimientos de la próstata o los exámenes de detección temprana por parte de alguna institución? ¿Considera usted que haga falta más información al respecto?

3.8. Análisis de la información

Obtenida la información relevante para la investigación, llegamos al análisis de los datos, el propósito central del análisis de los datos en esta investigación gira en torno a dos ejes principales, primero se pretende describir las experiencias de los participantes según su óptica, lenguaje y expresiones y luego vincular dichas experiencias con la teorizante de los sistemas de Imogene King.

A medida que se avanza en el análisis de los datos, esos temas y conceptos se tejen en una explicación más amplia de importancia teórica o práctica, que luego guía el reporte final.

Según Fernández (2006, p. 3-5) dicho análisis debe ser sistemático, seguir una secuencia y un orden. Este proceso puede resumirse en los siguientes pasos o fases:

- a. Obtener la información: a través del registro sistemático de notas de campo, de la obtención de documentos de diversa índole, y de la realización de entrevistas.
- b. Capturar, transcribir y ordenar la información: la captura de la información se hace a través de diversos medios. Toda la información obtenida, debe ser transcrita en un formato que sea perfectamente legible.
- c. Codificar la información: codificar es el proceso mediante el cual se agrupa la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador, o los pasos o fases dentro de un proceso. Los códigos son etiquetas que permiten asignar unidades de significado a la información descriptiva o inferencial compilada durante una investigación.

Los códigos se utilizan para recuperar y organizar las diferentes partes del texto, de manera que el investigador pueda encontrar rápidamente, extraer y agrupar los segmentos relacionados a una pregunta de investigación, hipótesis, constructo o tema particular. El agrupar y desplegar los trozos condensados, sienta las bases para elaborar conclusiones.

- d. Integrar la información: relacionar las categorías obtenidas en el paso anterior, entre sí y con los fundamentos teóricos de la investigación. El proceso de codificación fragmenta las transcripciones en categorías separadas de temas, conceptos, eventos o estados. La codificación fuerza al investigador a ver cada detalle, cada cita textual, para determinar qué aporta al análisis.

De acuerdo con lo explicado arriba una vez que se efectuaron las entrevistas se procedió a realizar el vaciamiento de los datos por medio de una transcripción escrita de las entrevistas, este proceso se hizo un poco tedioso pues el volumen de algunos de los audios era muy bajo por lo que se requirió de un programa especial que permitiera ajustar el sonido, además de que la cantidad del material era bastante y era propenso a confundirse.

La información se relacionó entre sí para poder elaborar una explicación integrada, esto se consiguió por medio de un proceso en que el material se tabuló, comparó, examinó y analizó dentro de diferentes categorías, buscando los vínculos que puedan existir entre ellas.

Una vez que se realizó el vaciamiento de los datos y se analizó a la luz de la teoría por medio de las categorías establecidas, se reafirmó la calidad de los resultados a través de los criterios de validez y confiabilidad por medio del proceso de triangulación de datos, el cual se define como:

... la aplicación de distintas metodologías en el análisis de una misma realidad social, por medio de un complejo proceso que pone en juego métodos diferentes confrontándolos, obteniendo una

mayor validación, y reduciendo las amenazas respecto de la validez interna y externa (Mora, 2004, p. 5).

Para esta investigación se utilizó **la triangulación de fuentes de información e informantes**, la cual consiste en “tomar como fuente diferentes actores, diferentes documentos, o datos cuantitativos; los datos que se obtienen de esta forma se contrastan, ayuda a corroborar los datos y también, a encontrar diferencias que puedan señalar dimensiones alternativas no contempladas previamente, y que hay que tener en cuenta” (Delgado, 2011, p. 120).

De acuerdo con lo anterior en este estudio se analizó la información y datos obtenidos durante las entrevistas por parte de los diferentes informantes contrastando las opiniones o puntos de vista entre ellos mismos y a su vez comparándola con los diferentes aportes teóricos entre los que sobresale la Teoría para el logro de objetivos desarrollada por Imogene King y otras investigaciones relacionadas con el tema en estudio. Alcanzando así un análisis desde diferentes visiones que enriqueció los resultados del estudio.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE DATOS

Esta fase resulta una de las más complicadas y a la vez enriquecedoras de la investigación, en el presente capítulo se realizaron varias tareas fundamentales como transcripción, reducción, disposición, transformación, análisis y triangulación de los datos obtenidos mediante las entrevistas realizadas.

Para el análisis de las entrevistas se tomó como punto de partida dos ejes temáticos que coinciden con los objetivos de la investigación, dichos ejes son: las actitudes que manifiestan los hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos y las prácticas que realizan como resultado de estas actitudes.

Para fundamentar los hallazgos y su respectivo análisis, se extraen citas de la transcripción de las entrevistas realizadas, sustentadas por la Teorizante para el logro de los objetivos de Imogene King y el respaldo bibliográfico de diversos autores.

4.1. Caracterización de los participantes

El presente apartado inicia tomando en cuenta la caracterización de cada individuo en estudio.

El grupo de participantes se conformó por dieciséis hombres, empleados del Banco Popular, que laboran en el edificio central, con edades entre 50 y 64 años de edad y que acudieron durante el mes de agosto del 2015 al consultorio médico del Banco Popular.

En la transcripción de las entrevistas se utilizaron diminutivos de nombres comunes para proteger la identidad de los entrevistados. Además, el grupo se dividió en tres subgrupos principales según su rango de edad a saber, hombres entre 50 y 54 años, hombres entre 55 y 59 años y hombres entre 60 y 64 años, esto con el fin de contrastar las posibles diferencias y similitudes, que se pueden encontrar de acuerdo a la edad:

Edad	50 y 54 años,	55 y 59 años	60 y 64 años
Diminutivos asignados	<p>CHUS Tiene 50 años, es costarricense, vive en Heredia, está casado, tiene tres hijos, su grado académico es universitario, trabaja como Cajero en la bóveda central.</p>	<p>CHISCO Tiene 56 años, es costarricense, vive en Guatuso de Patarrá, está casado, tiene tres hijos, completó el tercer año de colegio, trabaja como Chofer.</p>	<p>TOÑO Tiene 60 años, es costarricense, vive en Heredia, está casado en segundas nupcias, tiene siete hijos, completó el cuarto año de colegio, trabaja en el Departamento de mantenimiento y seguridad.</p>
	<p>BETO Tiene 52 años, es costarricense, vive en Santa Ana, está casado, tiene un hijo, es Lic. en derecho, trabaja como Abogado.</p>	<p>QUIQUE Tiene 56 años, es costarricense, vive en Santo Domingo de Heredia, esta soltero, no tiene hijos, es licenciado, trabaja como Analista de proyectos.</p>	<p>RIGO Tiene 61 años, es costarricense, vive en Puntarenas, está casado, tiene tres hijos, tiene dos Diplomados uno en administración de negocios y el otro como asistente legal, trabaja como Analista de crédito, pero actualmente ocupa la Secretaría de conflictos Sindicato del Banco.</p>
	<p>FELO Tiene 52 años, es costarricense, vive en Curridabat, está casado, tiene dos hijos, es Lic. en salud ocupacional, trabaja como Técnico en Salud Ocupacional.</p>	<p>QUINCHO Tiene 56 años, es costarricense, vive en Santo Domingo de Heredia, está casado, tiene dos hijos, es Lic. en estadística, trabaja como Jefe de la división de riesgo operativo.</p>	<p>NANDO Tiene 62 años, es costarricense, vive en Moravia, está en unión libre, tiene dos hijos, es Lic. en administración de empresas, trabaja en el área de clasificación de la bóveda central.</p>
	<p>BILO Tiene 53 años, es costarricense, vive en Moravia, está casado, tiene cuatro hijos, su grado académico es universitario, trabaja en la bóveda central del BP.</p>	<p>CHEPE Tiene 59 años, es costarricense, vive en San Pablo de Heredia, está casado, tiene dos hijos, es Lic. en ingeniería, trabaja como Ejecutivo Bancario administrativo 1.</p>	<p>NICO Tiene 62 años, es costarricense, vive en Tres Ríos, está casado, tiene seis hijos, su grado académico es universitario, trabaja como Técnico administrativo bancario.</p>
	<p>NINO Tiene 54 años, es costarricense, vive en Tres Ríos, está casado, tiene dos hijos, su grado académico es universitario, trabaja como Técnico administrativo bancario.</p>	<p>NACHO Tiene 59 años, es costarricense, vive en Tibás, está casado, tiene tres hijos, aun no concluye sus estudios universitarios, trabaja como Técnico Asistente Bancario.</p>	<p>MEMO Tiene 63 años, es costarricense, vive en San Rafael de Montes de Oca, está casado, tiene cuatro hijos, su grado académico es universitario, trabaja como Coordinador de área.</p>
	<p>COQUI Tiene 54 años, es costarricense, vive en Santo Domingo de Heredia, está divorciado, tiene dos hijos, es Licenciado, trabaja como Profesional dos.</p>		

Como es posible observar en el cuadro anterior, la población se compone por hombres costarricenses que viven actualmente en el área metropolitana, principalmente en la provincia de Heredia, encontrándose la excepción de Rigo de 61 años quien viaja desde Puntarenas.

Según datos proporcionados por la Dirección de Vigilancia de la Salud (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012, p. 23), al analizar la distribución geográfica de la incidencia del cáncer de próstata en el año 2008, en Costa Rica se observa que la provincia de Alajuela es la que tiene la mayor incidencia, seguida de la provincia de Heredia, por su parte la provincia que presenta la menor incidencia es Puntarenas. Sin embargo llama la atención, que a pesar de que Guanacaste y Puntarenas muestran incidencias por debajo de la tasa ajustada nacional, presentan las tasas más altas de mortalidad. Lo anterior podría estar indicando diversidad de barreras existentes, entre las que figura una brecha en la accesibilidad oportuna a los servicios de salud, a fin de identificar los pacientes con este cáncer en fase temprana, así como en la oportunidad de tratamiento.

Relacionado con esto Rigo cuenta su experiencia:

“Pues si claro cuando yo empecé a ver que sentía molestias a la hora de orinar, fui con mi doctora, la que me veía en el EBAIS de Puntarenas... y me remitió a un médico en Puntarenas pero diay que yo recuerde él no es urólogo, entonces fui con él y lo que hizo fue mandarme un medicamento, que si bien es cierto al principio me hacía, pero con el tiempo ya no, entonces también conozco a un doctor que sí es urólogo, que trabajaba en Puntarenas, empecé a tratarme con él, pero ya él estaba pensionado... Más bien creo que fue la doctora aquí del banco en una consulta que me remitió al hospital México para estar en manos de un urólogo”. -RIGO- 61 años-

Este comentario pone en evidencia la dificultad existente para los asegurados en las provincias alejadas del casco central para acceder a los servicios de salud, al menos en los que respecta a los médicos especialistas. Este hecho por ende llama a analizar la efectividad y alcance de las acciones implementadas por el sistema de salud pública en el país.

En concordancia con lo anterior Pereira-de-Paiva, E., Salvador-da-Motta, M. y Harter-Griep, R. (2011) comentan que en Brasil para que la detección ocurra de forma efectiva, uno de los mayores desafíos se refiere a la desigualdad de acceso, reflejado muchas veces por la vulnerabilidad social de la población. Se percibe que el acceso al sistema de salud no sucede de forma homogénea en las diversas regiones del país y ni en los diversos segmentos poblacionales. Se sabe que los hombres prefirieron servicios de salud que atiendan más objetivamente a sus demandas, tales como farmacias y atención de emergencia que garantiza la atención más rápida y resuelve sus necesidades con mayor facilidad. Además de la falta de vínculo y acogimiento por parte de las unidades de salud y la inadecuación de horarios que no consideran el contexto del trabajador. Es importante considerar que hasta hace poco tiempo en Brasil no existía una oferta de servicios específicos destinados a la salud masculina en el servicio de atención primaria (p.3).

Sobre el estado civil de los entrevistados se encuentra que prevalecen las personas casadas y con hijos o hijas, sin embargo es posible encontrar al menos un representante de cada uno de los estados civiles reconocidos legalmente en el Costa Rica.

Refiriéndose al tema, Vincent-Marqués, J. (s.f.) escribe que “la importancia de ser varón se puede vivir como “algo que obliga”, como algo que hay que ganar, como algo que no se tiene y que hay que merecer cumpliendo precisamente el modelo oficial. Esa tensión se hace patente en el afán sobreproteccionista: el

padre de familia laborioso, preocupado hasta la angustia, celoso y entregado a la protección—represión de su grupo” (s.p.).

De acuerdo con lo anterior, los patrones o lineamientos sociales nos indican cual es el comportamiento masculino esperado en cada etapa de la vida de los varones y se nos recuerda que socialmente se espera que a partir de cierta edad el hombre esté casado y tenga hijos, una familia que dependa de él y lo cuide (principalmente su esposa) en sus momentos de enfermedad.

King (1984) por su parte subraya que “al crecer y desarrollarse, a través de su vida, los individuos, aprenden al desenvolverse en una variedad de sistemas sociales dentro de una sociedad, aplicando los roles que se le han impuesto, es así como los patrones establecidos socialmente afectan directamente las relaciones entre hombres en todas las edades y sectores” (p. 72).

Con relación al nivel académico de los participantes se encuentra que solamente dos de ellos con edades de 56 y 60 años respectivamente tienen estudios de secundaria incompletos y el resto de la población refiere haber alcanzado estudios universitarios. Los puestos que ocupan dentro de la institución son variados y consistentes con su nivel académico.

De acuerdo a esto encontramos que según el sistema interpersonal “el rol es complejo, puesto que las percepciones de los individuos que se conjugan en un sistema de unidades de la salud son variadas” (King, 1984, p. 100). Es preciso mencionar que la percepción o significado que cada individuo tiene de las diferentes experiencias está relacionado íntimamente con su nivel de desarrollo cognitivo, ya que dependiendo de esto y de las experiencias previas, cada persona podría poner en práctica estrategias de afrontamiento que eventualmente serían beneficiosas para enfrentar la realidad en la que se encuentran inmersas.

Además Hardy, E. y Jiménez, A. (2001) nos recuerdan que aún en el tener un trabajo y ocupar un puesto dentro de una institución se imponen las normas sociales del ser masculino, “otra función atribuida socialmente al hombre es el trabajo remunerado, lo que constituye el centro de su respetabilidad en la sociedad. El trabajo le permite obtener reconocimiento social y le otorga seguridad y autonomía. Por eso mismo, la pérdida del empleo genera tensiones no solamente económicas, sino también afectivas y de identidad. El trabajo remunerado ha pasado a ser un papel tan arraigado al varón que la pérdida del empleo se traduce en una disminución de su masculinidad, tanto desde la percepción del propio varón como de su mujer y de sus hijos” (p. 81).

En concordancia con lo anterior sobresale lo manifestado en la entrevista por Nando, quien indica que por su edad avanzada siente que ha sido desplazado del rol que ocupaba anteriormente en el banco:

“Yo anteriormente tenía un puesto, que yo era analista de crédito y asesor financiero pero con esa nueva remodelación de la oficina de Paseo Colón, ya los viejillos los van desechando, entonces me dijeron -mira nosotros lo vamos a trasladar, ¿te querés ir para la bóveda?- porque cuando yo era analista financiero del BP total van poniendo a los más jóvenes entonces ya lo van desechando a uno, entonces me mandaron para acá que trabajo en el área de clasificación en la bóveda general”. -NANDO- 62 años-

Como es evidente en el relato, los sentimientos surgidos de la realidad que envuelve a Nando diariamente enmarcan el concepto que él tiene de sí mismo y la manera en que ve sus experiencias desde su propia vivencia. Un aspecto de considerar es que el concepto que las personas tienen de sí mismas es una parte integral de la experiencia humana, si estas experiencias resultan positivas las personas consiguen su autorrealización, de lo contrario podrían generarles frustración y ansiedad.

4.2. Actitudes que poseen hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos

Para este estudio se utilizará la definición de actitud aportada por Morales-Domínguez (2007) quien refiere que las actitudes son “evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud... Hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad” (p. 459). Es así como las actitudes nos ayudan a satisfacer la necesidad básica de conocimiento y control, estructurando la información en términos positivos y negativos, haciendo que ante nuevas situaciones, nuestras actitudes permitan predecir qué cabe esperar de ellas y aumentar así nuestra sensación de control al respecto.

Morales-Domínguez (2007), distingue además tres componentes de las actitudes:

Componente cognitivo: Incluye los pensamientos y creencias de la persona acerca del objeto de actitud. Por ejemplo: Creencia de que los modelos de una marca son técnicamente superiores a los de la competencia.

Componente afectivo: Agrupa los sentimientos y emociones asociados al objeto de actitud. Por ejemplo: Sentimiento de disfrute y orgullo que produce la evocación de una marca específica.

Componente conductual: Recoge las intenciones o disposiciones a la acción así como los comportamientos dirigidos hacia el objeto de

actitud. Por ejemplo: El hábito de defender y recomendar la citada marca cada vez que se habla con alguien sobre el objeto de actitud (p. 460).

Estos componentes generan cognitivamente una organización de creencias en la que primero se obtienen los conocimientos y percepciones sobre un objeto, estos generan un sentimiento ya sea positivo o negativo y posteriormente predisponen a una acción coherente con los conocimientos y afectos relativos a dicho objeto.

Ampliando lo anterior King explica que “los individuos organizan y ponen en diferentes categorías sus experiencias humanas al procesar impresiones seleccionadas a través de sus sentidos... posteriormente en el proceso de las interacciones humanas, los individuos reaccionan a las personas, a los acontecimientos y a los objetos, en términos de sus percepciones, de sus experiencias y de sus necesidades”. (King, 1984, p. 31, 32)

El ser humano dentro de su sistema interpersonal, está inmerso en un constante proceso de aprendizaje, en donde adquiere conocimientos que al mezclarse con sus experiencias pasadas van a generar las percepciones y estas a su vez modelan actitudes de la persona:

El mundo de la experiencia es un mundo personal en el cual los seres humanos procesan activamente información acerca del medio ambiente. Los individuos organizan y ponen en diferentes categorías sus experiencias humanas al procesar impresiones seleccionadas a través de sus sentidos. Las categorías (conceptos) ayudan a las personas a relacionar experiencias pasadas con acontecimientos presentes y darle sentido y estabilidad a su mundo. Es a través de la percepción que el individuo se conoce a si mismo, conoce a otras personas y aprende a conocer los objetos que están en el medio ambiente (King, 1984, p. 31)

En esta parte de la investigación se busca determinar que conocimientos tienen los hombres y que percepciones y actitudes les generan con respecto a las pruebas de detección de padecimientos prostáticos.

Para hacerlo inicialmente se define la próstata como “una glándula pequeña que forma parte del sistema reproductor masculino, encargada de producir el líquido seminal presente en el semen. Está ubicada encima del recto, debajo de la vejiga y rodea parte de la uretra, conducto por el que se vacía la orina almacenada en la vejiga” (Nodal-Laugar, Rodríguez-Ardí, Tamayo-Tamayo y Domínguez-Fabars, 2011, p. 958).

Al consultar a los participantes respecto al concepto que tienen sobre la próstata y su función, sin distinción de edad se reconoce tres definiciones principales. La primera incluye a la mayoría de los participantes y en ella se identifica a la población que ignora sobre el tema:

“No sé qué es la próstata como parte del cuerpo de uno,... no sé si es parte de la vejiga o del recto... en si no sé dónde está ubicada”. -CHUS- 50 años-

“Mmm, no conozco” -MEMO- 63 años-

Un segundo grupo se compone por hombres que asocian la función de la próstata con el sistema urinario por la sintomatología que se reconoce cuando hay algún padecimiento:

“La próstata sirve para orinar bien”. -FELO- 52 años--

“Yo creo que es como el aparatito que nos permite a los hombres detener la orina o más bien ayudar a evacuarla, entonces cuando se daña es donde están

los problemas... Así es común, ver a las personas con sonda”. -QUINCHO- 56 años-

En el tercer grupo encontramos a algunos de los participantes que muestran contar con más información al respecto:

“La próstata tiene varias funciones en nosotros, es el órgano chiquitito que rodea el ducto de la orina y además ayuda a producir el semen o el líquido seminal... es parte de la integral de la eyaculación donde van los espermatozoides”. -CHEPE- 59 años-

“Bueno, forma parte del sistema reproductor masculino.... Aporta el líquido blanquecino en el que están los espermatozoides”. -NICO- 62 años-

La próstata dista mucho de ser un órgano accesorio o prescindible en el hombre. Se ubica rodeando la uretra, compartiendo vascularización e innervación con las vesículas seminales, la vejiga, el recto y la uretra; y forma parte además del aparato urinario masculino, esto la convierte en un órgano esencial ya que todas las enfermedades que la afectan pueden conllevar síntomas relacionados con la función sexual, reproductiva y urinaria y de ser permanentes pueden generar daños irreversibles en estos sistemas.

Refiriéndose a los síntomas de la hiperplasia prostática benigna Rubinstein, E., Gueglio, G., Giudice, C. y Tesolin P (2013) se dicen que:

Es el principal motivo de consulta en atención primaria por problemas urológicos en el hombre y es el primer diagnóstico que debemos pensar ante un paciente mayor de 50 años que consulta por síntomas obstructivos (dificultad para iniciar la micción, disminución de la fuerza y del calibre del chorro miccional, goteo postmiccional, sensación de

vaciamiento incompleto) y/o irritativos (urgencia miccional, polaquiuria, nocturia) de varios meses de evolución (p. 143).

Lo expuesto anteriormente por los autores queda plasmado en las manifestaciones realizadas por los entrevistados que reconocen los problemas para orinar como los principales síntomas de padecimientos próstáticos:

“Fallas en el sistema urinario, dolor, ardor al orinar o falta de fuerza al orinar, esas cosas”. -FELO- 52 años-

“... al ir a orinar que es un chorrillo muy delgado y un ardor al orinar”. -NANDO- 62 años-

“Me parece que la incontinencia urinaria” -BILO- 53 años-

“... el goteo después de que orinan”. -NICO- 62 años-

“cuando no puede retener bastante y puede tener problemas de erección”. -QUINCHO- 56 años-

“La dificultad para orinar, que tiene uno que hacer un gran esfuerzo y no sale casi nada y al ratito ya tiene ganas otra vez”. -NACHO- 59 años-

“...no orinar bien, o sea que ya la orina no fluye correctamente... yo tuve un problema... se me trancó la uretra entonces tuvieron que sondearme para que fluyera bien la orina luego siguió que yo orinaba poquito, orinaba pero no el chorro correcto bueno, fluido un buen chorro, un bombero, bien, sino que lo hacía por intervalos; entonces yo orinaba y me tenía que quedar un ratito más para volver a orinar, entonces eso me estaba provocando lo que llaman ellos en términos

médicos prostatitis que es una infección, una infección que da escalofríos y todo bastante incómodo, bastante feo...” -TOÑO- 60 años-

En estos extractos algunos de los participantes comentan su experiencia personal, revelando como los síntomas que identifican y relacionan con problemas prostáticos impactan directamente su calidad de vida de muchos varones influyendo los diferentes entornos que se desenvuelven.

Al respecto King indica que “la salud es un proceso de crecimiento y desarrollo que no siempre transcurre tranquilo y sin conflictos. La enfermedad puede atacar a gente de cualquier edad y nivel socioeconómico... Hay estudios que apoyan el hecho de que el estándar de vida tiene relación con la salud” (King, 1984, p. 16).

Relacionado con esto, encontramos las experiencias que los hombres han tenido con familiares o amigos cercanos, a los que se les ha detectado padecimientos de la próstata, ellos comentan como fue la experiencia:

“Si me acuerdo que mi abuelo materno padeció de la próstata fue operado a los setenta y dos años... Se curó y se murió a los noventa y tres años”. -FELO- 52 años-

“Mi papá, bueno, mi suegro él tiene todavía problemas de próstata, después el suegro de mi hermana, yo he conocido a varios... Me da la impresión de que en la mayoría de los casos al final de cuentas la persona no se muere por la próstata, casi que cuando es un tema cáncer viene acompañado posiblemente en otro lado y esa es la complicación que lo hace fallecer... Después aquí hay compañeros en el banco también, gente joven relativamente que han tenido problemas de cáncer de próstata y se han curado, se han recuperado entonces me da la impresión de que no hay una receta, así como todo mundo igual sino que depende de las circunstancias”. -QUINCHO- 56 años-

Felizmente estos comentarios indican que es posible una recuperación cuando el problema es detectado a tiempo, así se muestra en el siguiente párrafo:

El cáncer es en gran medida evitable. Muchos de los cánceres se pueden prevenir; otros se pueden detectar en las primeras fases del desarrollo y ser tratados y curados. Además en etapas avanzadas el cáncer, se puede: enlentecer su progreso, controlar o reducir el dolor y ayudar a las familias a sobrellevar la carga. Se indica que un tercio de los casos de cáncer se pueden prevenir, al otro tercio se puede detectar tempranamente y tratar eficazmente, y al tercio restante se le debe proporcionar cuidados paliativos (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012, p. 10).

En concordancia con lo anterior y con referencia a las creencias que envuelven la detección y el tratamiento del cáncer de próstata descritas por Paiva E.P., Motta M.C.S.M., Griep R.H. (2011), se identificó que “95% de los hombres estuvieron de acuerdo en que el cáncer de próstata puede ser curado si es detectado precozmente y 57,5% no estuvieron de acuerdo en que un hombre con cáncer de próstata pueda tener una vida normal. Porcentajes semejantes de entrevistados concordaron y discordaron con la afirmación de que el tratamiento es peor que la enfermedad” (p. 5).

Sin embargo de forma lamentable sabemos que no en todos los casos el panorama es alentador, pues otros de los participantes de este estudio revelaron la gravedad de la situación y las consecuencias que conlleva principalmente el cáncer de próstata:

“Si, conozco varia gente que ha tenido. El deterioro es terrible verdad, el proceso en si como tal la enfermedad, uno los va viendo el desgaste que van teniendo y es muy doloroso tengo entendido”. -NINO- 54 años-

“Sí, el padrino de mis hijos murió de próstata. Fue muy mal porque él no sabía que tenía, en realidad él se iba a hacer... él trabajaba aquí en Hacienda, se pensionaba ese año y en ese año se le detectó murió antes de que se pensionara. Haciéndose unos exámenes, el padecía de azúcar y haciéndose unos exámenes fue donde él le detectaron que tenía, que no era el azúcar lo que lo estaba afectando sino era ya la próstata que tenía un cáncer”. -CHUS- 50 años-

“Un tío, si, diay supuestamente él se hacía los exámenes y ese mismo año le habían hecho el examen y después en el transcurso del año tuvieron que operarlo, tuvieron que quitarle hasta los testículos.” -QUIQUE- 56 años-

“Si yo tengo un amigo, que diay estaba bien y de un pronto a otro le diagnosticaron cáncer en la próstata. Bueno él si muy asustado, muy preocupado y entonces la ventaja que tuvo, también que un hijo de él trabajaba con el hospital eso fue en Alajuela, y entonces rapidito lo ayudaron y lo hicieron y lo lograron operar de la próstata. El problema que tuvo él aparte del cáncer que quedó bien, pero si él duró como un año incapacitado porque le daba incontinencia urinaria y también se le trancaba mucho la orina, sea la uretra y entonces a él lo operaron aparte después de que le habían operado la próstata tuvieron que operarlo tres o cuatro veces de la uretra. Todavía me parece que sigue con incontinencia urinaria. Otra cosa que me dice y no si será a todos o solamente a él usted sabe que cada organismo es diferente; dice que al operarlo de la próstata eso viene a constituir un problema a la hora de las relaciones sexuales, porque prácticamente no tiene la erección”. -TOÑO- 60 años-

Es indudable que el diagnóstico de cáncer para cualquier persona representa un acontecimiento trascendente en su vida independiente del pronóstico de éste. Vivir con cáncer y recibir tratamiento afecta la capacidad que tienen las personas para dirigir su vida, puede provocar cambios en los roles familiares, reducción de los recursos económicos y disminución de la autoestima entre otros. Según investigaciones, “más de un tercio de los pacientes van a manifestar ansiedad y depresión clínicas durante el transcurso de la enfermedad.” (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012, p. 35).

Al respecto King refiere que en los sistemas sociales:

Uno de los problemas en la vida es mantener un nivel de salud que le permita a la persona realizar actividades diarias de tal manera que lleve una vida relativamente útil, satisfactoria, productiva y feliz... al estar hospitalizada (la persona) aumenta su ansiedad porque siente una amenaza real o simbólica a su imagen. Los pacientes tienen miedo de ser mutilados y de morir. Ellos no pueden anticipar que les pasará... son colocados en un rol pasivo (King, 1984, p. 17)

Según esta referencia, un proceso de enfermedad de este tipo va a producir no solamente una pérdida de la salud como tal sino además genera una pérdida de la identidad del individuo.

Como se hizo notar en los comentarios anteriores entre las enfermedades que los participantes reconocen en la próstata se habla principalmente del cáncer, sin embargo algunos mencionan la prostatitis, hiperplasia e inflamación de la próstata:

“...cuando crece, se inflama y eso le puede generar a uno problemas, se le puede generar un cáncer”. -CHISCO- 56 años-

“la más terrible es el cáncer, pero también hay inflamaciones e infecciones yo creo que esas son las principales”. -QUINCHO- 56 años-

“Prostatitis, tumor... y no se más”. -COQUI-

“Infecciones bacterianas, malformaciones por tumores que pueden derivar en cáncer; eso hasta donde yo conozco, no sé si habrá más”-CHEPE- 59 años-

Las prostatitis son un grupo de enfermedades que afectan a la glándula prostática. Tienen en común síntomas locales. El impacto en la calidad de vida de muchos varones es importante. Su tratamiento suele ser medicamentoso:

“Le voy a decir yo empecé a hacerme el examen de próstata y sí tuve problema una vez en que el antígeno prostático llegó a 7.9. Y fui, ya le dije al doctor: Bueno ya empezó con todos sus exámenes, que me mando a hacer 3 biopsias y se pasaron muestras no apareció nada. Bueno al final me mandó unas tres pastillitas así carísimas, que al final concluyó –lo que tenés es una infección normal en el hombre pero se te hizo muy rápido puede hacer muy fuerte-, las tres pastillas no actuaron rápidamente sino con el tiempo pero muy bien porque empezó a bajar el antígeno” -CHEPE- 59 años-

De forma coincidente con la literatura que indica que “los datos histológicos de hiperplasia nodular se dan en aproximadamente el 20% de los hombres de 40 años de edad, cifra que aumenta al 70% a los 60 años y al 90% a los 70 años” (Marieb, E., 2008, s.p.). Al indagar sobre a edad a la que los participantes consideran que se debe iniciar el control de detección de padecimientos prostáticos y la frecuencia con que se deben realizar las pruebas, se encuentra que los grupos de hombres de los 50-54 años y de 55-59 años concuerdan en que las pruebas se deben realizar a partir de los cuarenta años con una frecuencia anual:

“A partir de los cuarenta años y cada año, para detectar alguna anomalía”. - BILO- 53 años-

“Vamos a ver en esta permítame decirle que hace muchos años probablemente a partir de los cincuenta años, unos pocos años atrás se empezó a hablar de los cuarenta años y yo creo que hoy por hoy los jóvenes de treinta ya deberían empezar a hacerlo”. -CHEPE- 59 años-

Sin embargo el grupo hombres mayores de 60 años reconocen que la prueba puede requerir hacerse con una frecuencia mayor:

“Son a partir de los cuarenta años y se deben realizar cada seis meses para estar seguro de lo que está ahí”. -NANDO- 62 años-

“Díay ya a mi edad cada seis meses aunque uno no se la haga, aunque si yo me la he hecho, creo que hace un año”. -MEMO- 63 años-

De acuerdo con esto De Keijzer (1997) señala que “es significativo el aumento de las muertes por cáncer de próstata, ya es el principal cáncer mortal en hombres después de los 65 años” (p. 10), aquí se recalca que conforme avanza la edad el riesgo de padecer cáncer de próstata es mayor.

Un aspecto importante a considerar a continuación respecto a las pruebas que se realizan para detectar problemas de la próstata es que la totalidad de los entrevistados reconocen entre las pruebas básicas el tacto rectal y el antígeno prostático y algunos además incluyen el ultrasonido y la biopsia en caso de haberse encontrado alguna alteración:

“Bueno está una en sangre, espere para acordarme como se llama... el antígeno prostático, y también está el tacto esas son las dos principales” -FELO- 52 años-

“Bueno, las pruebas que se hacen son para detectar posibilidades de crecimientos... tumores o de cáncer por ejemplo el antígeno prostático que no es un indicador totalmente relevante requiere del examen rectal y si va más allá pueden ser las biopsias”. -CHEPE- 59 años-

“El examen de sangre el antígeno, la palpación vía rectal y el ultrasonido”. -NANDO- 62 años-

Por su parte algunos de los entrevistados, distribuidos en los tres grupos etarios reconocen el tacto rectal como el más efectivo de los exámenes:

“Sí, el tacto rectal y el antígeno el de sangre. Aunque me parece que con solo el tacto rectal está bien, porque es la prueba más segura... la otra también pero no es tan exacta”. -BILO- 53 años-

“Está el examen de sangre, creo que hay como dos ahí el antígeno prostático y otro con un nombre raro. Después está el ultrasonido y finalmente el tacto que supuestamente es el más efectivo”. -QUINCHO- 56 años-

“El tacto... diay hasta donde yo tengo entendido el examen más eficaz que hay. Después esta también el examen de sangre y el ultrasonido”. -TOÑO- 60 años-

Estos datos son similares a los encontrados en Medellín por Arbeláez, J. y Montealegre, N. (2012, p. 304), donde se observa que los participantes que han recibido información sobre el cáncer de próstata y exámenes de detección

temprana, consideran que el tacto rectal es el más conocido; además, de que los exámenes deben realizarse anualmente.

A este respecto Rubinstein, Gueglio, Giudice, y Tesolin (2013) dicen que “la única maniobra útil del examen físico es el tacto rectal, cuyo objetivo principal es intentar descartar el cáncer de próstata... El dosaje del antígeno prostático específico en la evaluación de la HPB es controvertido. La mayoría de las guías de prácticas lo definen como un estudio opcional u optativo, que depende del juicio clínico del médico (p. 143).

De acuerdo con lo anterior es posible determinar que el antígeno prostático específico se considera un examen de tamizaje o de seguimiento ya que puede o no estar alterado ante algún padecimiento prostático, pero en realidad para poder establecer un diagnóstico certero sobre padecimientos prostáticos se requiere de realizar el tacto rectal por los aspectos que este evalúa.

Llama la atención que únicamente Quique es quien habla de qué es lo que busca el médico a la hora de realizar el tacto rectal:

“hay un antígeno en sangre, luego el ultrasonido que la miden (la próstata), también ven riñones; y luego el tacto rectal para ver la firmeza del tejido que ellos (los médicos) sienten ahí supuestamente”. -QUIQUE-

Rubinstein, Gueglio, Giudice, y Tesolin (2013) refieren que el tacto rectal es la herramienta más utilizada del examen físico, la técnica recomendada para realizarlo es: Introducir el dedo índice de la mano más hábil en el esfínter anal, para evaluar primero su tono muscular y luego avanzar hacia el recto con el fin de palpar la glándula prostática. De acuerdo con los autores, los aspectos de la glándula prostática que se deben evaluar en el tacto rectal incluyen, tamaño, consistencia, superficie, límites, sensibilidad y movilidad.

El conocer esta información es importante para la población masculina ya que explica porqué el tacto rectal es insustituible en cuanto a las pruebas de la próstata nos referimos, pues aunque los hombres entrevistados reconocen que el examen es necesario, en su mayoría no saben que se pretende encontrar por medio de él y si puede ser reemplazado por algún otro examen.

“En qué consisten no se, pero si me las he hecho. Me he hecho el antígeno prostático y ya el doctor abusó de mí...” -MEMO- 63 años-

Motivo de la desinformación es frecuente escuchar en el medio comentarios como el de Memo, en los que no es extraño pero si preocupante que al no conocer el procedimiento del tacto rectal y la necesidad del mismo, hayan surgido con el paso de los años mitos y creencias que se comentan en la calle e intimidan a los varones a la hora de realizarse estos exámenes.

Nodal-Laugar, R., Rodríguez-Ardí, M., Tamayo-Tamayo, I. y Domínguez-Fabars, A. (2011) documentaron que “la influencia de los patrones culturales asignados al género masculino ha traído como consecuencia que se hayan asumido determinados prejuicios, tabúes o criterios erróneos y que se considere que la realización del tacto rectal es sinónimo de pérdida de masculinidad, en vez de percibirlo como un método de alto valor predictivo” (p. 962). La cultura latinoamericana, basada en un modelo de masculinidad, que le indica el cómo se deben manifestar, comportar, asociar y comunicar los hombres, genera una serie de ideas equivocadas con respecto al tacto rectal.

Al respecto Romero, R. y Rodríguez, N. (s.f) definen la masculinidad como:

Los sistemas culturales erigidos en un entramado de mitos que no fueron más que inciertos en las ideologías de poder con efectos

secundarios. Es cómo la cultura, el momento socio-histórico, la etnia, la raza, religión, espacios geográficos y experiencias individuales, nos van conformando como varones en una marcada oposición a lo femenino. No se nace masculino, nos hacemos masculinos, la sociedad, la cultura y las instituciones nos van curtiendo en la construcción de la hombría... Masculinidad no es lo mismo que ser hombre, de ser así estuviésemos confundiendo sexo y género. La masculinidad refiere a una construcción socio-histórica y cultural que define valores y aptitudes como propias del hombre, cómo hablar, caminar, comportarse y nos relacionarse entre hombres, con las mujeres e hijos/as y el entorno (s.p.).

Ese ser masculino y los mitos que lo rodean se hace manifiesto en las frases que los participantes recuerdan haber escuchado:

“Los mitos que hay actualmente son que son muy vergonzosos. No es tanto el dolor sino, la pena que da que alguien le introduzca a uno el dedo en el ano siendo... o sea no siendo uno homosexual”. -CHUS- 50 años-

“Con el del tacto rectal, en el tanto este: es anti viril, te puede surtir efectos secundarios y por supuesto los mitos relacionados con tu intimidad”. -BETO- 52 años-

“El mito que desde que yo estoy jovencillo escucho de que: ya pierde la virginidad uno y que no se lo debe hacer uno, porque se burlan de uno”. -CHISCO- 56 años-

“Diay en la calle uno oye de todo, que le va a quedar gustando, que pierde la virginidad, que el doctor lo que quiere es disfrutar con uno y hasta hay videos y todo” -NACHO- 59 años-

“Diay si es el rectal, el tacto, a la gente no le gusta, la mayor parte de la gente dice - yo no me lo hago, cómo se le ocurre que yo voy a dejar que me metan un dedo ahí?, eso no es de hombres. Y otro por ahí dice: -y si no me meten el dedo y me meten otra cosa? Son comentarios que se oyen”. -TOÑO- 60 años-

“Bueno el machismo el creer que les van a hacer un tacto rectal ya les van a quitar su hombría, ya no van a ser hombres”. -RIGO- 61 años-

“El machismo nos mata mucho a nosotros los hombres -hay mira yo prefiero que me de lo que sea, pero yo no voy a que me palpen...” -NANDO- 62 años-

“No, no diay la violación del hombre (se ríe en forma nerviosa), eso es lo que a la gente le parece feo”. -MEMO- 63 años-

Estos resultados concuerdan con el estudio de Cabrera, G. y Lucumí, D., (2003) en el que se resalta que:

Un aspecto sobre el Examen Digital Rectal que generó preocupación entre los hombres fue la “pérdida de la virginidad después de viejo”, la “violación” y “humillación”, al punto que temen que la práctica del examen digital rectal los haga sentir “como la peor de todas”. Esto se hizo más relevante cuando el examen lo realiza un hombre. Para muchos participantes la zona anal debe ser libre de exploración; algunos niegan que pueda verse como violación, al considerar que el tacto rectal se realiza en el marco de unas condiciones propias del acto médico, que son iguales a las seguidas en otros procedimientos en los cuales se explora el cuerpo a través de alguno de los orificios naturales (p. 114).

Por su parte De Keizer (1997) explica la arraigada influencia que tiene el machismo como ordenador social del actuar masculino:

La masculinidad hegemónica es una potente fuerza moduladora de nuevos hombres que van interiorizando los patrones socialmente aceptados de lo masculino. En la familia, en el trabajo, en la escuela y en otras redes sociales, las relaciones de poder entre hombres discurren entre la burla, la amistad, la presión y la violencia. Basta observar la dinámica entre varones en cualquier escuela secundaria, apunta a algo del "saber" "realista" masculino que se transmite (p. 7).

De acuerdo con lo anterior algunos de los entrevistados explican la negativa de realizarse las pruebas de detección de padecimientos prostáticos y los comentarios machistas y lo relacionan con la falta de educación académica, aunque como es evidente es algo más cultural que académico:

“Pero yo creo que bueno son formas de pensar de cada persona, eso va mucho en la educación de cada persona”. -TOÑO- 60 años-

“Bueno con la próstata la opinión que yo he escuchado en hombres es que como que juegan mucho de machos, el machismo el creer que les van a hacer un tacto rectal ya les van a quitar su hombría, ya no van a ser hombres. Más o menos ese es el pensamiento que hay en muchos hombres no sé si se deberá en hombres con una baja escolaridad que piensan así porque no creo que una persona ya con cierto grado de escolaridad vaya a pensar que hacerse un tacto rectal ya va a hacerse menos hombre y en son de broma dicen y si me sigue gustando? Y todas esas chotas que se hacen con respecto a ese tipo de examen sobre todo el rectal obviamente”. -RIGO- 61 años-

“El machismo nos mata mucho a nosotros los hombres -hay mira yo prefiero que me de lo que sea, pero yo no voy a que me palpen... Ese es uno de los mitos, es una barrera que existe para el hombre, e incluso más en el hombre campesino,

ahí es donde aparece más el cáncer porque esa gente no se van a hacer exámenes periódicamente... en esos lugares más lejanos entre más de campo, más machista sea la persona menos le van a hacer el examen prostático. El machismo, la pena, esas son las barreras que a los hombres les proporciona la negatividad de ir donde el médico. -NANDO- 62 años-

De acuerdo con los comentarios anteriores es necesario, fortalecer las intervenciones en prevención del cáncer de próstata en los hombres más pobres y vulnerables, que pudieran tener un menor acceso a la información adecuada y oportuna, sin embargo por medio de este estudio es posible determinar que a pesar de tener un nivel educativo aún universitario los mitos y tabúes que enfrenta la población masculina son grandes con respecto a las pruebas de detección de padecimientos prostáticos.

Cuando se trabaja el tema de masculinidad y salud, aparte de la estrecha relación que existe entre las características atribuidas a lo masculino y ciertas enfermedades, resalta la casi total ausencia de medidas que favorezcan la salud a partir de los hombres. La dificultad para pedir ayuda, la negación de estar enfermos y la falta de incorporación de medidas de autocuidado tanto médicas como las que tienen que ver con el estilo de vida, interfieren en forma negativa para crear una cultura de salud en la población masculina.

Entender los factores envueltos en los comportamientos, creencias, cultura y tabús de los hombres frente al rastreo de padecimientos prostáticos es la mejor forma de abordaje para detección precoz, lo que puede favorecer estrategias dirigidas a prácticas de prevención más adecuadas

4.3. Prácticas que realizan los hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos

Práctica: “comportamiento de la persona, conjunto de actos exhibidos por el ser humano y determinados por la cultura, las actitudes, las emociones, los valores de la persona, los valores culturales, la ética, el ejercicio de la autoridad, la relación, la persuasión, la coerción y/o la genética. La aceptación del comportamiento es relativamente evaluada por la norma social y regulada por diferentes medios de control social”. (Domínguez-Rodrigo, 1994, s.p.)

Al procurar conocer las prácticas de los participantes con respecto a la detección de padecimientos prostáticos se hizo necesario inicialmente conocer el concepto que ellos tienen de sí mismos Jersild mencionado por King (1984) define el yo como “el conjunto de pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia de una persona, su existencia individual, y su concepción de quién y qué es... el yo incluye un sistema de ideas, actitudes, valores y compromisos... constituye el mundo interior de la persona...” (p. 39), por medio del apartado anterior se realizó un acercamiento a actitudes que los hombres participantes en la investigación han tenido con respecto a las pruebas de detección de padecimientos de la próstata.

Por otro lado según King “la conducta de los individuos ha sido descrita como actos humanos. Estos son interpretados como acciones. Las observaciones de los actos humanos indican que las percepciones y los juicios de los individuos están implicados en cada tipo de interacción” (King, 1984, p. 69). El apartado que a continuación se desarrolla pretende abordar las prácticas que estas actitudes generan en los hombres respecto a las pruebas de detección de padecimientos prostáticos.

King (1984) subraya que “al crecer y desarrollarse, a través de su vida, los individuos, aprenden al desenvolverse en una variedad de sistemas sociales dentro de una sociedad, aplicando los roles que se le han impuesto, es así como los patrones establecidos socialmente afectan directamente las relaciones entre hombres en todas las edades y sectores” (p. 122). A continuación, los entrevistados comentan cómo el concepto que tienen de si mismos se ha visto modificado con el paso de los años, principalmente en lo que respecta al cuidado de la salud.

“Si valoro un poco más mi cuerpo me cuido un poco más, aunque no parezca (se ríe). Yo creo que es parte de la madurez de uno mismo en que uno tiene que cuidarse de no trasnochar tanto de no consumir tanto licor, de hacer un poco más de ejercicio”. -CHUS- 50 años-

“Pues si se siente una fatiga física mayor y una fatiga mental mayor con los años. Si siento que he perdido masa muscular” -FELO- 52 años-

“Ah si claro, uno ya no es tan chiquillo como antes, ya me falta un poquillo el aire si me echo un carretón, mido más las cosas, más con familia tiene que pensar uno lo que hace, es más maduro y trata de dormir y comer mejor, hacer un poco de ejercicio aunque sea para no verse uno tan gordo”. -BILO- 53 años-

“No diay yo siento que ha cambiado pero favorablemente, porque ahora me cuido más, la comida que ingiero la cuido más, he dejado el licor, el tabaco, entonces, siento que ahora me estoy cuidando mejor. -NINO- 54 años-

“Si claro, los años son una experiencia muy importante para uno, digamos yo soy alcohólico anónimo entonces a partir de ahí he aprendido a valorar todo lo que tiene que ver principalmente con la salud, porque la salud es lo más importante”. -CHISCO- 56 años-

“Díay sí porque después de los cuarenta años uno empieza a padecer de un montón de cosas, hay que cuidarse”. -QUIQUE- 56 años-

“Claro que sí. Le voy a decir, antes... uno joven se cree dueño del mundo y que el cuerpo de uno es doña toda y que... y las enfermedades como que no son comunes, la muerte menos y quieres experimentar todo lo que pueda, bueno en mi caso experiencia normal nada de... si usted quiere que le diga nada de “playaditas” ... pero con el tiempo uno se da va dando cuenta que uno tiene que quererse, y yo lo empecé a hacer relativamente joven pero díay no, yo siempre me he cuidado de no tener vicios, ni cigarrillos, ni licores, ni drogas; he llevado una vida sana me gusta comer de rico, hacer ejercicio, los deportes de aventura, la música y hoy por hoy a mis 59 años sí me cuido, aunque no tengo oportunidad de hacer ejercicio, y ya el cuerpo mío ha sufrido algunos accidentes que requieren de cierto cuidado sigo sin por lo menos abusar ni de las comidas ni de los vicios” - CHEPE- 59 años-

“Cuando uno está joven, cree que las cosas son para toda la vida, que va a estar uno fuerte y firme siempre, pero al ir envejeciendo se va dando cuenta uno, que hasta la salud se acaba y va decayendo de tal manera que tiene que cuidarse, y algo que a mí nunca me ha gustado es tomarme hasta 10 pastillas diarias para poder estar un poquito mejor”. -NACHO- 59 años-

Lo anterior refleja la importancia de la siguiente declaración:

Al crecer y desarrollarse los individuos a través de su vida, las experiencias que implican cambios en estructura y función de sus cuerpos, con el tiempo influyen en sus percepciones de sí mismos... el crecimiento y desarrollo no solo implica cambios fisiológicos en el ser humano, sino que también involucra cambios en la conducta de los

individuos, la cual se va a ir moldeando de acuerdo a la etapa de la vida en la cual se encuentre” (King, 1984, p. 16).

Esta declaración es congruente con las afirmaciones de los participantes en el estudio, quienes coinciden en que estos cambios se van dando como respuesta a las necesidades y exigencias que se tenga en el momento.

“Bueno con respecto a la salud y el proceso de la vida de uno yo creo que nosotros mismos tenemos que ser conscientes de lo que somos y podemos ser. Cualquier enfermedad uno cuidándose teniendo una dieta adecuada... ya usted comienza a convivir con la enfermedad y con la salud también, son dos partes. La salud primero que todo, cómo aprendemos a tener buena salud nosotros? Cuidándonos antes de que tengamos una enfermedad”. -NANDO- 62 años-

“Uno se hace mayor, más lento, no igual ya uno no corre, es diferente, uno se va aceptando”. -MEMO- 63 años-

Algo que no se debe pasar por alto en las declaraciones de los hombres mayores de 60 años es que ellos no solo hablan de la pérdida y los cambios que han tenido que realizar en su forma de vida sino además de la aceptación que han llegado a desarrollar con los cambios.

Tal y como lo menciona King (1984) “uno de los problemas en la vida es mantener un nivel de salud que le permita a la persona realizar actividades diarias de tal manera que lleve una vida relativamente útil, satisfactoria, productiva y feliz. Este buen funcionamiento depende de la armonía y el balance en el medio ambiente” (p. 16)

Algunos de los entrevistados comentan además como han experimentado cambios específicamente en lo que respecta a la próstata:

“Pues si claro cuando yo empecé a ver que yo sentía molestias a la hora de orinar, pues obviamente lo primero que hice es ir al médico y decirme mire yo siento que tengo problemas, ahí empezamos con lo que es exámenes de la próstata lo que es exámenes de tacto. -RIGO- 61 años-

“Si claro uno toma más conciencia de las cosas y la edad le va enseñando, uno va cambiando, indudablemente no es igual va cambiando la fisionomía, y con lo que uno ve y escucha en el trabajo y en otras circunstancias se da uno cuenta de que tiene que ir cuidando cosas, como la dieta, los hábitos de alimentación, el ejercicio y cosas de esas verdad y exámenes que debe hacerse uno de control para ciertos temas”. -COQUI- 54 años-

“Si claro, digamos orinar no es lo mismo, mi hijo tiene veinte tres años y al ir al baño a veces se escucha ese chorro así potente fuerte, ya uno no, la orina ya no sale con esa fortaleza por así decirlo, y sexualmente también uno baja mucho el ritmo”. -QUINCHO- 56 años-

Agregado a lo anterior, al consultar a los hombres si presentan algún síntoma que les pueda hacer sospechar sobre padecimientos prostáticos, la mayoría de los hombres refieren como lo indica Felo:

“Actualmente no gracias a Dios (se rie)” -FELO- 52 años-

Esta declaración evidencia una variable crítica para participar en las pruebas de tamización para el cáncer, que es el grado de importancia que tenga el síntoma para los individuos, lo cual contribuye a explicar la baja intención de práctica de los participantes en el estudio. Este aspecto debe ser considerado en intervenciones de educación y comunicación en salud, de tal forma que se incremente en los

individuos el nivel de conciencia en cuanto al curso asintomático que caracteriza la enfermedad.

De acuerdo con esto Nodal-Laugar, R., Rodríguez-Ardí, M., Tamayo-Tamayo, I. y Domínguez-Fabars, A. (2011) indican que:

Si bien esta y otras enfermedades cobran en el mundo la vida de muchas personas que no pueden acceder a los sistemas de salud, en Cuba la asistencia médica se garantiza de manera gratuita a toda la población; no obstante, un porcentaje elevado de hombres mayores de 50 años que no presentan los síntomas de esta afección no acuden a los servicios de salud en la atención primaria (p. 961).

Al respecto la Guía de Atención del Cáncer de Próstata I Nivel de Atención indica que “La edad es el principal factor de riesgo identificado. La incidencia aumenta en forma clara después de los 50 años, en Costa Rica, para el período 1995-2003, el 98.3% de los casos fueron diagnosticados en mayores de 50 años” (CCSS, 2011, p. 19).

En coincidencia con lo anterior, algunos de los participantes reconocen haber presentado síntomas que los ha hecho consultar principalmente en la población mayor de 60 años:

“Sí claro de hecho que en el último tiempo mi antígeno prostático estuvo muy irregular, ha estado sumamente irregular, lo que me ha llevado a un control más estricto y a estar pendiente”. -BETO- 52 años-

“Le voy a decir yo empecé a hacerme el examen de próstata a los cuarenta años, y sí tuve problema una vez en que el antígeno prostático llegó a 7.9 cuando debió haber estado para la edad mía en ese momento en 2.3 o algo así, yo fui con

toda la tranquilidad del mundo donde el urólogo pensando para mis adentros “bueno Señor diay tengo cáncer ya? así tan rápido? diay todo lo pongo en tus manos que se haga tu santa voluntad”. Y fui, ya le dije al doctor: -mae cómo está -mae le digo yo porque es un amigo desde que estábamos en el colegio, crecimos juntos y todo- ve como estoy -(fingiendo una voz grave) “a la puta ... esperáte para ver cómo está esta vara –porque es así grandote, vieras que tristeza ir a hacerse el examen rectal con aquellos dedotes... -estoy ya hasta el olote de un cáncer? no necesariamente...” -CHEPE- 59 años-

Tuve una obstrucción en la uretra pero ya me operaron. -TOÑO- 60 años-

Obstrucción para orinar, y molestia durante muchos años. Es un chequeo que yo acostumbro hacérmelo cada año. -RIGO- 61 años-

“Diay como te decía yo ya soy operado de la próstata porque hace años se me inflamó y me tuvieron hasta que poner una sonda para sacarme la orina, porque yo estaba bien trancado. Es una experiencia muy vergonzosa eso de que le tengan que estar poniendo sondas a uno. Después de la operación uno ya no vuelve a ser el mismo, no queda bien... una erección es un sueño”. -NICO- 62 años-

De acuerdo con el Plan Nacional para la prevención y control del cáncer 2011 – 2017:

“los dos componentes fundamentales de la detección temprana del cáncer son: a) el diagnóstico precoz, basado en el reconocimiento de los síntomas y signos tempranos de cáncer, y la necesidad de su rápido tratamiento cuando estos aparecen; b) el tamizaje, que consiste en identificar, dentro de una población sin síntomas, lesiones precancerosas o cánceres no reconocidos, por medio de pruebas que se puedan aplicar

con facilidad a toda la población” (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012, p. 40).

Respecto al segundo punto mencionado en el párrafo anterior, se consultó si los entrevistados cuentan con realizarse los exámenes de la próstata como parte de su chequeo general de salud. A lo que varios de ellos principalmente el grupo de hombres mayores de 60, contestan que llevan control estricto algunos con un urólogo:

“De hecho que cuando voy donde el urólogo voy ya con el examen, con el antígeno hecho, y plenamente consciente de la necesidad de hacerme el tacto rectal nuevamente, de eso no hay quite”. -BETO- 52 años-

“Yo por lo general todos los años me lo hago”. -QUIQUE- 56 años-

“Mis chequeos cada seis meses, ya uno sabe”. -TOÑO- 60 años-

Llama la atención que a diferencia de los hombres mayores de 60 años quienes ya han interiorizado como parte de su autocuidado el realizarse el tacto rectal, los hombres entre 50 y 54 años reconocen que el tacto rectal se les hace tedioso y aunque son conscientes de la importancia y la necesidad personal que tienen de realizárselo, en su gran mayoría admiten evitarlo y algunos refieren nunca haberse realizado ningún tipo de prueba a nivel de la próstata:

“Si, de hecho para este año la tengo pendiente”. -FELO- 52 años-

“Es importante realizárselos para evitar enfermedades como el cáncer que es muy común, sin embargo yo nunca me los he hecho”. -BILO- 53 años-

“Yo debí haberme hecho el examen a los cuarenta años, nunca me lo he hecho, de ninguno, ni ultrasonido, sangre ni nada absolutamente no. Pero si he notado últimamente digamos, que cuando yo estoy sentado tiende a dolerme esa parte y ya decidí que efectivamente voy a ir a hacérmelo pero leí por lo poco que he leído que uno esté sentado tiende a doler eso entonces que es mejor ir a revisarse, eso es lo que tengo entendido. -NINO- 54 años-

Las barreras identificadas con respecto a la masculinidad, están asociadas con lo planteado por Doyal, citado por Lucumí, D. y Cabrera, G. (2003), en cuanto a qué:

Producto del proceso de construcción social se ha configurado un prototipo de hombre en el que predomina la percepción de invulnerabilidad y fortaleza, que asume ciertos papeles y riesgos, reprime y amputa otros... La renuencia a admitir debilidad o decadencia, o sentir que se reduce su capacidad, producto de una enfermedad, puede llevar a que no se busque oportunamente atención en salud, configurando un fenómeno que ha sido denominado “masculinidad marginalizada” (p. 116).

De acuerdo con lo anterior King (1984) indica que “la edad es la medida de tiempo de varios niveles de crecimiento y desarrollo. Es una variable crítica en cualquier situación, porque define la etapa de sus tareas en desarrollo, y sus respuestas que pueden estar influenciadas por los etapas que ya se han culminado satisfactoriamente” (p. 43).

Las creencias identificadas contribuyen a explicar la baja intención de los hombres a someterse este examen y permiten evidenciar la compleja interacción de variables asociadas con la adopción de esta práctica preventiva en salud. En relación con los sentimientos que les generan a los hombres los exámenes de

detección de padecimientos prostáticos, ellos se refieren principalmente al tacto rectal indicando vergüenza, temor, incomodidad, estrés entre otros:

“Bueno aparte de la vergüenza y la pena, tal vez me causa temor de ver cuál va a ser el resultado”. -CHUS- 50 años-

“No me afecta en lo absoluto, siento que como me tienen que revisar un ojo, me tienen que revisar ahí, es igual, el cuerpo es uno solo, pero si siento que es un examen sumamente incómodo”. -BETO- 52 años-

“Estrés, ya se que me va a ser incómodo y me va a doler un poco”. -COQUI- 54 años-

“Si me genera como ganas de no hacérmelo porque me da no sé, aunque uno sabe que es bueno y todo pero siente uno como que uno no quiere. Es feo, duele, es como incomodillo que alguien llegue y le meta el dedo a uno...” -CHISCO- 56 años-

“Diay a uno lo criaron un poco extraño entonces por ejemplo a uno le daba temor las inyecciones, entonces en mi familia era terrible aquello de la inyección entonces cuando uno ya viejo lo inyectan uno tiende a ponerse tieso y demás entonces no ayuda uno se pone todo tenso y en lugar de que el líquido fluya todo lo contrario se contrae y duele más, pienso que ha sido como una mala enseñanza. Igualmente el tema de la próstata diay si uno se pone muy tenso igual va a ser más difícil para uno y para el doctor. Y después también a veces usan unas cremas ahí, entonces después del examen si queda uno ahí eliminando esa crema entonces es una sensación un poco ahí media fea, hay veces hasta un pañalillo hay que usar después del examen. Entonces es incomodo”. -QUINCHO- 56 años-

“Le voy a decir el examen rectal es lo más odioso e incómodo... es un bostezo, si esa palabra describe lo que yo quiero decir. Es desagradable para un hombre, por lo menos para mí que casi hasta machista fui y tuve que hacer mucho esfuerzo para no serlo tanto, crecí en un hogar donde el patriarcado era muy radical, este... y tuve que superar todas esas cosas yo solito para poner de mi parte; y sigue siendo extraordinariamente incómodo irme a hacer ese examen , si yo pudiera evitarlo y lo sustituyeran por otro inmediatamente lo haría, no lo soporto, me es desagradable, no dura nada pero a mí se me hace eterno y yo creo que no es ni vergüenza lo que a mí me da, es disgusto, es asco de hacerme ese examen”. -CHEPE- 59 años-

“Temor hay veces. Pero no por el examen sino por el resultado para mi lo mejor es que me hagan el tacto rectal de una vez porque es lo más exacto, con eso sabe uno si está bien o mal, no hay que estar esperando los resultados”. - NICO- 62 años-

Estos hallazgos se pueden explicar porque los individuos desean evitar conocer si padecen enfermedades frente a las cuales la susceptibilidad es alta y las opciones de supervivencia y calidad de vida son percibidas como bajas.

En general, el miedo es una condición que tiende a paralizar la actuación de los individuos, efecto que es marcado para el cáncer cuyo diagnóstico es percibido por los participantes como una sentencia de muerte. Se plantea entonces la necesidad de considerar el nivel de miedo expresado por los individuos como una razón adicional para explicar la baja aceptación de los hombres hacia las pruebas de detección de padecimientos prostáticos.

En concordancia con las respuestas dadas por los entrevistados encontramos la investigación de Romero, F., Santos, K., Filho, T., Pilati, R., Kulysz, D. y de Oliveira, F. (2008, p. 759) en la que al evaluar las razones por las que los

pacientes rechazan el tacto rectal se encontró que la tasa de rechazos no mostró diferencias cuando se estratifico los pacientes por edad, historia familiar de cáncer de próstata, nivel de escolarización, ingresos familiares y nivel del PSA. Según el estudio, las principales razones por las que los pacientes rechazan el tacto rectal cuando se someten a cribaje de cáncer de próstata son la falta de síntomas del tracto urinario inferior, conceptos erróneos sobre el cribaje de cáncer de próstata, el miedo a que le fuera detectado cáncer y la vergüenza, dichas razones se encuentran especialmente cuando se someten a cribaje por primera vez.

Una vez más las normas sociales de lo que un hombre debe ser o hacer se imponen por encima de la salud, Hardy, E. y Jiménez, A. (2001) lo expresan de la siguiente forma:

La necesidad de responder a una norma de masculinidad también afecta la solicitud de la atención en los servicios de salud. Para el hombre es muy difícil ocupar el papel de paciente y, con frecuencia, niega la posibilidad de estar enfermo y acude a un médico en último momento, ya que lo contrario será asumir un papel pasivo, dependiente y de fragilidad. La necesidad de ser y parecer fuerte, viril se transforma en un obstáculo para que los hombres porque retarda su diagnóstico y tratamiento que se hace más difícil si la enfermedad es evolutiva (p. 85).

Ante la misma pregunta algunos de los entrevistados refieren por el contrario que las pruebas no les afectan mayormente, que lo ven como parte del chequeo general necesario en el autocuidado:

“Es un examen más, hay que hacérselo y eso es todo”. -NACHO- 59 años-

“Yo pienso que uno tiene que tomarlo como algo natural es un examen yo lo veo como si tuviera que ir a sacarme sangre, voy a un examen voy a algo que me va a diagnosticar si estoy bien o estoy mal”. -TOÑO- 60 años-

“Es parte del chequeo general que uno debe realizarse”. -RIGO- 61 años-

Aunque como es evidente en las anteriores declaraciones, el tacto rectal se relaciona con un alto grado de incomodidad, es importante hacer notar que al consultar a los participantes si consideran que su condición de hombre se ve afectada al realizárselo, la población se divide en dos bandos contrarios.

Primero encontramos a quienes consideran que puede ser un mito y no afecta la masculinidad:

“Para nada, eso es machismo” -BILO- 53 años-

“De ninguna manera”. -NACHO- 59 años-

“No, habría razón...” -NANDO- 62 años-

Sin embargo también se registra a un buen grupo de hombres que refieren haber sentido malestar, aunque reconocen que puede ser por los prejuicios y los mitos que en el apartado anterior se analizaron:

“Si siente uno un poco la sensación, tal vez el machismo... cultural es una situación cultural...”-COQUI- 54 años-

“Tal vez si tuviera veinti-resto de años, ahí si y posiblemente no vaya porque uno se siente como que se hace menos hombre”. -QUINCHO- 56 años-

“Bueno la primer vez sí, la verdad es que si me sentí mal pero ya después de ahí no, ya lo entendí como algo importante”. -CHISCO- 56 años-

“Si, ahí uno tiene que dejar todos los prejuicios de lado, porque la masculinidad queda dañada”. -NICO- 62 años-

“No, no. Diay solo que uno descubra que se quiere salir del closet...” -MEMO- 63 años-

Los resultados albergados en estos comentarios son comparables con los obtenidos en la investigación de Cabrera, G. y Lucumí, D. (2003) en Cali, donde se encontró que la posibilidad de que el examen pudiera afectar la tendencia sexual del hombre, se manifestó en todos los estratos. Sin embargo, en la investigación un aspecto que los hombres consideraron que podría evitar que el examen cambiara su tendencia sexual es la edad, al considerar que a la edad en la cual el examen se práctica hay menor posibilidad de que queden “resabios” o a que “...pues que le quede gustando que le metan el dedo” (p. 114).

En lo referente al grado de comodidad que los participantes sienten por el sexo del profesional que realiza el tacto rectal la mayoría refiere que el procedimiento como tal es el que les produce malestar no tanto el sexo del médico que lo realice:

“A mí eso me es indiferente, si es una mujer la que llega y me agarra no me importa a mí es el examen en sí lo que me produce incomodidad”. -CHEPE- 59 años-

“No, me es indiferente, con nadie va a ser bonito eso”. -NICO- 62 años-

“No porque iba a cambiar, es un profesional igual sea hombre o mujer”. -NACHO- 59 años-

“Diay es que yo pienso que eso es algo muy personal depende de cada quien, tal vez a mí me da más vergüenza que me vea los genitales una mujer a que me los vea un hombre”. -RIGO- 61 años-

Por otro lado están quienes prefieren que el tacto rectal lo realice una mujer, ya sea el cuidado con que se asocia al sexo femenino o por los mitos que existen sobre el examen:

“Pues si, en cierto modo prefiero que una mujer me lo haga, una doctora”. -CHUS- 50 años-

“Mmm, las mujeres ponen digamos, más cuidado para que el paciente no se sienta mal, yo es que a mí no me importa, tienen que hacérmelo, sin ropa con ropa”. -QUIQUE- 56 años-

Ah no, si yo prefiero que me lo haga una mujer, porque si el hombre es... (hace signo de alitas) del otro lado. -COQUI- 54 años-

El sistema interpersonal contempla un elemento llamado transacción, muy importante en este punto de la investigación ya que se define como “el proceso de interacción en el cual los seres humanos se ponen en contacto con su ambiente a fin de alcanzar metas que tengan valor, son conductas humanas encaminadas hacia objetivos” (King, 1984, p. 90), como sucede en la interacción entre el o la profesional en salud y el usuario a la hora de realizar las pruebas de la próstata, en el que se requiere de conferir poder, confianza y negociar y hacer intercambios de índole personal y social.

El realizar el tacto rectal no solo requiere de pericia por parte del o la profesional en salud sino además de un alto grado de compromiso, respeto y

empatía hacia el usuario, en búsqueda del bienestar del paciente durante el procedimiento, como lo manifiesta Quincho quien resalta el grado de comodidad que le transmite el profesional por medio de la confianza que le genera como persona, más que por su sexo::

“El urólogo mío es un señor mayor que me ha inspirado confianza, es una persona muy honesta muy honrada entonces quizás me ha ganado su confianza, me da mucha tranquilidad... Igualmente si uno se pone muy tenso va a ser más difícil para uno y para el doctor. Entonces ahí el tema es que el doctor tiene que estar insistiendo que tranquilo, que afloje, que colabore”. -QUINCHO- 56 años-

Otro tema a tomar en consideración respecto a al grado de comodidad al realizarse el tacto rectal es la posición en que se debe colocar el usuario según lo indica el siguiente comentario:

“hay otro aspecto ahí que es la posición, antes lo ponían a uno como agachado con la frente en las rodillas, ahora lo ponen a uno como en posición fetal, entonces eso como que le da más comodidad y más discreción a la persona no queda uno ahí como dicen con todo guindando”. -FELO- 52 años-

Ante la pregunta de si mantiene regularmente relaciones sexuales, la población entre 50 y 54 años coincide con la población de 55 y 59 años en que mantienen una vida sexualmente activa a diferencia de los hombres mayores de 60 años entre quienes aseveran no estar sexualmente activos a pesar de tener pareja como se indica a continuación:

“No, muy poco por lo que le digo bueno la situación está, el doctor me dijo a mí que con esta operación podía tener ese problema con la erección más bien me dijo, cualquier cuestión puedes usar ahí la viagra o alguno otra pastilla para que le ayude en un caso dado verdad”. -TOÑO- 60 años-

“No, porque ella vive lejos”. -RIGO- 61 años-

“No nosotros vivimos como amigos en la casa, no tenemos más de ahí, porque ella es de una religión cristiana entonces dijo que las cosas no eran así entonces llegamos a un acuerdo y somos buenos amigos”. -NANDO- 62 años-

De acuerdo con las declaraciones anteriores la construcción social de la sexualidad masculina, se ve marcada por la genitalidad, Araya Umaña, S. (s.f., p.166) indica que “la sexualidad masculina y la femenina aparecen como diferentes: se considera que la sexualidad masculina es activa, espontánea, genital, fácilmente estimulada por objetos y fantasías, en contraste, la sexualidad femenina, se considera que es básicamente expresiva y que responde a la sexualidad del varón”. Sin embargo tal como los entrevistados lo indican asociado a los problemas de disfunción y pérdida de la genitalidad prevalece en ellos la importancia de la compañía.

Según Benítez, citado por Ortega Hegg, M., Centeno Orozco, R., Castillo Venerio, M. (2005):

La sexualidad es una función vital que sobre la base del sexo biológico condicionado y adaptado según pautas que la sociedad crea en cada persona, existe y busca satisfacción independiente o asociada a la reproducción. Con el sexo nacemos, pero nuestra sexualidad es aprendida. Comienza con el nacimiento, evoluciona y se desarrolla a lo largo de la vida, siendo diferente en cada edad, y desaparece con la muerte, y no con la incapacidad de procrear. La sexualidad representa una forma de expresión integral de los seres humanos, vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales del sexo (p.29)

Relacionado con esto destaca en la investigación la vinculación que hay entre los hombres que se encuentran en condición de casados y el apoyo de su familia, principalmente el de su esposa, a diferencia de quienes se encuentran solteros o divorciados quienes indican que al no tener apoyo familiar podrían enfrentar implicaciones negativas ante una eventual enfermedad, así se encuentra en las siguientes declaraciones:

“Pues claro, yo no le voy a hablar de mi pareja yo le voy a hablar de mi esposa porque creo firmemente en el matrimonio entonces que eso quede ahí consolidado. Por supuesto mi esposa se preocupa por mí, yo me preocupo por ella y yo insisto para que ella se haga sus exámenes y viceversa”. -BETO- 52 años-

“Si claro por supuesto, más bien siempre me viven diciendo que ya debí haberme hecho ese examen hace mucho tiempo, y de verdad lo he omitido por tonteras”. -NINO- 54 años-

“Díay yo vivo solo, sea no sinceramente no”. -COQUI- 54 años-

“Si, si las veces que me han operado ellos me han cuidado montones, todos mis hijos y sobre todo mi esposa que es la que me ayuda”. -QUINCHO- 56 años-

“Uff, constantemente ella anda detrás mío para cuidarme en todo, si de hecho estoy hoy aquí (en la consulta médica), vine hoy aquí por la insistencia de ella”. -CHEPE- 59 años-

“Definitivamente que si, totalmente cinco tiempos...” -TOÑO- 60 años-

“Si, claro que si, en mi casa se hace mucha ensalada, yo soy el que compro esas cosas... la casa de uno es donde comienza todo un hábito tanto familiar con los hijos, como para la salud de uno”. -NANDO- 62 años-

Respecto a los comentarios emitidos sobre el apoyo familiar brindado principalmente por la esposa o pareja, es posible rescatar la responsabilidad que los participantes delegan en ella para el cuidado de su salud, “tradicionalmente han sido las mujeres las responsables de la salud familiar, siendo la prevención en los hombres mucho menor” (IV Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades Montevideo, 2011), de esta forma socialmente se establece que el hombre se desarrolla más en la esfera pública, y la mujer en la privada, y debilitando así su responsabilidad en su propio autocuidado.

La preocupación de la familia cuando uno de sus miembros se ve enfermo, va a depender de la forma de interactuar establecida hasta ese momento en el núcleo familiar King (1984) menciona que “las interacciones pueden revelar como piensa una persona y como se siente respecto de otra” (p. 93). Así como el individuo pasa por etapas de la vida, la familia también cumple con un proceso de desarrollo, el cual corresponde al ciclo vital familiar. A lo largo de este, los miembros de la familia van experimentando cambios en las tareas que deben cumplir dependiendo del momento del ciclo de vida donde se encuentre, la dinámica que se presenta y la capacidad emocional para afrontar los problemas.

Sin embargo los cambios en la sociedad, los valores, la seguridad de las personas, las necesidades económicas, el exceso de información que deben manejar las personas, el cansancio y el poco tiempo muchas veces hacen relegar la vida personal y familiar a un segundo plano, generando que la familia patriarcal, en la que se esperaba que la esposa cuidara de su familia en todo momento ha ido cambiando. Provocando la necesidad -como se indica en el curso ¿Por qué hablar de Nuevas Masculinidades?- “de repensar el modelo de masculinidad tradicionalmente pautado. Un modelo donde el hombre se libere de esa gran cruz que pesa sobre nuestra espalda, que limita nuestros vínculos con el entorno, con nuestros hijos y parejas, y que mutila el contacto con nuestro ser oscureciendo

nuestro verdadero camino al amor equitativo hacia los/as otros/as” (Romero Cabo, R., s.f., s.p.).

Sobresale la respuesta de Rigo quien al compartir su experiencia señala que a pesar de estar casado, su esposa vive lejos y el mayor apoyo en el cuidado de su salud lo brindan sus amigos y hermanas, así lo manifiesta en el siguiente comentario:

“Pues como le explicara, actualmente yo vivo solo, porque mi esposa vive en México, entonces en el caso digamos cuando me operé de la próstata mis hermanas estaban pendientes de que me iban a ver, una vecina que me aprecia mucho se encargaba de que si no tenía que comer ella me llevaba, pero digamos yo por mi condición de que yo vivo solo pues no hay nadie cerca conmigo directamente. Obviamente, si cuando me operaron los primeros días yo me quedé aquí en un apartamento de un amigo mío que me dijo en mi casa te puedes quedar ahí tranquilo y después yo mismo te llevo a Puntarenas... a razón de necesitar cuidado yo se que si por lo menos cuento con mis hermanas verdad”. -RIGO- 61 años-

La familia ofrece a sus miembros algún grado de protección física, económica y psicológica en casi todas las sociedades, variando de una sociedad a otra:

“Todas las personas necesitan una respuesta humana íntima. La mayor causa simple de las dificultades emocionales, de los problemas de comportamiento y aún de las enfermedades físicas, según la psiquiatría es probablemente la falta de amor, es decir, la falta de una relación afectiva y cálida con un pequeño círculo de asociados íntimos. La falta de afecto daña la capacidad de supervivencia de la persona, sobre todo en la infancia. La mayor parte de las sociedades dependen casi por

completo de la familia para obtener una respuesta de afecto” (Ortega Hegg, M., Centeno Orozco, R., Castillo Venerio, M., 2005, p.32).

Tal como se puede observar redes de afectivas de apoyo de cada individuo se construyen por medio de las interacciones que el individuo establezca con quienes lo rodean y van a ejercer un papel relevante en el estado de la salud del individuo.

Al considerar la influencia de los amigos en la decisión de realizarse o no las pruebas de detección de enfermedades prostáticas sobresale el concepto de la toma de decisiones definido por King como: “el proceso central en la administración, las decisiones regulan la vida y el trabajo de cada persona. Todos los seres humanos las toman. La conducta es el resultado. Están basadas normalmente en los valores, metas, conocimientos, y experiencias pasadas de cada quien; son individuales, personales y subjetivas”. (King, 1984, p. 139).

Esta toma de decisiones se hace en medio de una constante interacción del individuo con el medio que lo rodea, este medio a su vez es generador de algunas de las fuerzas sociales que moldean y desarrollan las cualidades y hábitos personales. Al respecto una gran mayoría de los entrevistados afirman que la decisión no está mediada por terceros, sino que obedece a una decisión personal, así queda explícito en los siguientes comentarios:

“En lo más mínimo, me es indiferente e inverosímil”. -BETO- 52 años-

“No de eso yo no tengo que ponerme a hacer comentarios ni me preocupa lo que piensan ellos”. -QUIQUE- 56 años-

“No en lo absoluto esas es una decisión personal, si mis amigos quieren hacérsela yo les digo que es necesario y que es bueno y que empiecen temprano, pero si no quieren hacérsela allá ellos, yo si lo hago. No me importa que digan: -

hay mae ya viene por el papanicolau. Yo les digo: -diay si, hay que hacerlo que quieren que haga, ustedes tendrán que hacerlo en algún momento quieran o no...”-CHEPE- 59 años-

Sin embargo aunque la mayoría considera que es una decisión personal como lo indica Chepe si es posible que llegue a ser punto de conversación y en algunos casos puede que hasta genere cierto grado de influencia al respecto:

“Por supuesto que si más que ahí en mi núcleo donde yo me rodeo hay muchos amigos que han salido con problemas, entonces yo claro que me adelanto también”. -CHISCO- 56 años-

“Si seguramente que si... Influyen tanto positiva como negativamente hay hombres que no les cuadra y entonces: -ay no mae que pereza ir a hacérselo y otros: -diay no, si hay que ir a hacérselo. Entonces también se habla seriamente del asunto”. -COQUI- 54 años-

“Eso se torna un vacilón cuando hablamos de eso con los compañeros ahí donde estoy yo, ellos son gente que ya tiene cuarenta años y se torna un vacilón y nos preguntamos: -usted se lo ha hecho? -ah si yo me lo hago. Por cierto un día de estos estábamos molestando a un compañero y yo creo que no era eso lo que se andaba haciendo, que fue tres veces y le decíamos seguramente anda haciéndose el examen prostático y le gustó. Y ese es el vacilón que se arma entre los amigos, pero es un sentido de motivación porque en el vacilón usted se da cuenta de que tiene que írselo a hacer y se va familiarizando con que tiene que ir a hacerse el examen de la próstata, porque ya a todos les ha tocado. Un compañero tenía problemas en un testículo entonces yo le recomendé que fuera donde un urólogo porque eso podía ser algo peligroso para él y le digo yo: -de una vez te hacés el examen prostático porque nosotros a la edad de cuarenta años ya comenzamos con problemas de la próstata. Y me dice –ah no yo prefiero morirme

antes de hacerme eso. Y le digo yo pero porqué? -Primero te tenés que eschingar ahí y todo -perdonando la palabra que le palpen -y eso a mi no me gusta. Le digo yo -pues yo he ido varias veces y me he hecho exámenes, el prostático me lo he hecho el palpado y el antígeno los dos. Por qué? Porque nosotros somos latentes a estas edades a aparecer con cáncer en la próstata, las mujeres en el útero y nosotros es en la próstata. Entonces cuál es la negatividad? Es algo... cómo le quisiera decir? como un complejo que tiene el hombre, que tenemos nosotros los hombres de hacernos un examen prostático porque es revisarle la intimidad de uno y muchos no les gusta, pero cuando estamos ahí, el doctor dice: -abajo pantalones y venga... Y ya uno la primera vez así como medio rejego pero ya después ya es común y corriente, yo me lo he hecho varias veces ya. -NANDO- 62 años-

Lo que comenta Nando concuerda con Paiva E.P., Motta M.C.S.M., Griep R.H. (2011), quienes indican que este hecho es común entre los hombres, siendo que algunos consideran que “aunque el hombre no sienta dolor, por lo menos, experimenta la incomodidad física y psicológica de estar siendo tocado, en una parte prohibida. En relación al miedo al toque, que envuelve penetración, el mismo puede estar asociado tanto al dolor físico como el simbólico, que se asocia también a la violación. Otro factor considerado es el miedo de erección durante el toque que puede ser visto como placer. En el imaginario masculino, “la erección puede estar asociada al placer, y no consigue imaginarlo como fisiológico” (p. 6, 7).

Las declaraciones de los participantes nos recuerdan que cada ser humano se considera una unidad, un todo en constante interacción con otras unidades, sabe que influye sobre la conducta de otros individuos y que estos influyen sobre la suya. King (1984) menciona: “dos seres humanos colaboran para alcanzar una meta común. Los factores constructivos son los que mejoran la colaboración y tienden a aumentar la probabilidad de alcanzar la meta. Por el contrario los

factores destructivos son aquellos que impiden la colaboración y tienen a disminuir las probabilidades de alcanzar la meta” (p. 94).

Entre los factores que los participantes -principalmente el grupo comprendido entre los 50-54 años- consideran que podrían intervenir para tomar la decisión de no realizarse las pruebas de la próstata se incluyen:

“Tal vez un factor es la falta de confianza, en un consultorio donde están siempre cambiando al médico, yo pienso que es bueno que sea como el mismo doctor que le dé seguimiento a uno, aunque al final todos tengan la misma eficiencia y demás pero uno se siente más confiado con uno solo”. -CHUS- 50 años-

“Díay podría ser un ataque de hemorroides, se me ocurre a mi un problema a nivel anal que me pueda perjudicar. Dinero, dinero, díay de hecho si no tengo dinero para ir a donde el médico pues entonces, tendría que como dicen hacer más extensivo y pedir la cita a nivel de seguro y todo ese tipo de cosas, verdad... entonces podría limitar por ahí”. -BETO- 52 años-

“La falta de tiempo digamos por el trabajo que tengo que me absorbe mucho y a veces se me va que tengo eso pendiente y porque le doy más prioridad a los temas del trabajo y son cosas que normalmente se deben hacer durante el día ya en la noche es muy difícil”. -FELO- 52 años-

El descuido. -BILO- 53 años-

“Los mismos mitos y los mismos temores que dijimos hace un ratito, no se lo que pueda uno encontrarse en el camino, no se...” -NINO- 54 años-

“Diay no se me pongo a pensar que tenga por ejemplo diarrea o un dolor hemorroidal... se me ocurren esos dos solamente”. -COQUI- 54 años-

“Diay como a todo ser humano que a uno le da miedo que le digan que uno tiene algo, pero aparte de eso, a veces es que a uno se le olvida, uno pasa aquí vacilando pero se le olvida que eso ya le toca”. -MEMO- 63 años-

En lo que se refiere específicamente a la realización del toque rectal Paiva EP, Motta MCSM, Griep RH (2011) comentan en su investigación que:

Entre los factores mencionados, se destacan los aspectos simbólicos relacionados a su carácter invasor, del punto de vista físico y emocional, y a la diseminación del miedo de realizar el examen entre los propios hombres. Además de estos, no se puede dejar de considerar otros aspectos de orden estructural, tales como el acceso al examen en los servicios de salud y la recomendación de los profesionales de salud, que directa o indirectamente también comprometen la realización de la detección (p.3).

Es importante hacer notar que los hombres mayores de 55 años indican que reconocen la necesidad de realizarse los exámenes y que no buscan justificaciones para no hacerlos:

“Diay no, es que yo sé que tengo que hacérmelos, que le puedo decir... Diay hasta el momento siempre me los he hecho. -QUIQUE- 56 años-

Al comparar los resultados con los hallazgos encontrados Lucumí, D. y Cabrera, G. (2003) se identifican rasgos similares en ambos estudios, el informe de la investigación en Cali reconoce 6 subcategorías: económicas, individuales,

por la técnica de realización del tacto rectal, por el personal de salud, de información y asociadas con el efecto del examen sobre la masculinidad.

Respecto a los servicios de salud King (1984) indica que “Las organizaciones son unidades sociales caracterizadas por la estructura, funciones y recursos para alcanzar metas” (p.124) El objetivo de una organización que proporciona servicios de salud es ayudar a los individuos a que conserven la salud, la recuperen si es que han tenido algún trastorno en ella y prevengan la recurrencia de la enfermedad por medio de actividades continuas encaminadas al logro de estos objetivos.

Considerando que los servicios de salud sexual y reproductiva en Costa Rica son ejecutados principalmente por la Caja Costarricense de Seguro Social, en su estatus de principal ente prestador de servicios públicos de salud se consultó a los participantes si consideran que el sistema de salud facilita a los usuarios el realizarse los exámenes de la próstata o si por el contrario genera trabas o dificultades para realizarlas, encontrándose una ambivalencia entre las dos versiones de la situación. Algunos de los participantes comentan que se les ha brindado un adecuado servicio:

“La última vez fui allá al Instituto del Hombre que queda frente al San Juan de Dios y el trato fue muy bueno”. -FELO- 52 años-

“Siempre me inducen a que debo hacerlo”. -NINO- 54 años-

Sin embargo una gran mayoría refiere haber encontrado ciertas dificultades para realizarse las pruebas de detección de enfermedades de la próstata, entre las que encontramos:

“Hasta la fecha gracias a Dios no he encontrado dificultades, diay porque primero antes de que llegara al hospital a que me viera ya el urólogo y que me hiciera los exámenes directamente ya con el hospital yo me los pagaba a hacer. No me pagaba a hacer el tacto pero si me hacía lo que eran los ultrasonidos y también me hacía de sangre, porque me gustaba estar al cuidado de ver como andaba el asunto, por el problema que tenía ese de la orina, entonces me daba miedillo. -TOÑO- 60 años-

“Cuando he tenido que ir a consulta inicialmente ellos hacen la valoración y lo primero es que van al tacto, al tacto rectal y ya después vienen a consulta, por lo general si lo único es tal vez que las consultas no son tan frecuentes u oportunas como uno deseara al menos cuando yo empecé a tratarme en el hospital México de eso diay las consultas eran prácticamente cada año”. -RIGO- 61 años-

En estos comentarios Toño y Rigo recuerdan que aunque el servicio es bueno los tiempos de espera pueden perjudicar la salud, por lo que algunas personas optan por ir a la consulta con los exámenes hechos a nivel privado para mejorar los tiempos y un diagnostico más oportuno.

“Mire yo he tenido la bendición de tener las condiciones para ir donde, a una cita privada, no obstante ya he tenido la experiencia de estar en el hospital no por asuntos de próstata sino riñones o alguna otro cosa y “hombre” es sumamente dificultoso, de hecho que la última vez estuve dos días en emergencias hasta que me internaran porque yo no me iba a ir, entonces las dificultades si están ahí”. - BETO- 52 años-

Beto identifica un sistema deshumanizado, en el que profesional en salud no busca la comodidad del usuario, ni se empaliza con él, al respecto King (1984) indica “los pacientes están preocupados por la deshumanización y

despersonalización de la que son víctimas cuando entran al hospital. El ambiente hospitalario puede ser una amenaza al yo del paciente”. (p. 40)

“Diay es que es desagradable. A mí en el Calderón un carajo me hizo el tacto pero se notaba que no quería hacerlo entonces me maltrató mucho, literalmente me violó, porque la posición es importante verdad... y el tipo como que le dijeron hágalo y primero no creo que haya sido un profesional, entonces le importó que yo estuviera acostado y no en posición fetal. Lo que pasa es que la primera vez si yo sabía a qué iba entonces uno se prepara y se cuida, la segunda vez me sorprendió el señor... entonces me sentí más incómodo”.-MEMO- 63 años-

Memo comparte su traumática experiencia, esta misma situación en muchos casos podría ocasionar que el usuario decida no realizarse más los chequeos de padecimientos prostáticos, aumentando el riesgo para la población masculina.

“Hay otra cuestión que lo sentimos casi todos los hombres, porque yo les he preguntado a muchos en que si uno es el que debe solicitarle al doctor hacerse el examen, el doctor no está pendiente de uno con un seguimiento digamos en el expediente o algo así, si uno no lo pide ellos no se lo hacen a uno, tanto en el EBAIS ni aquí el medico de empresa”. -CHUS- 50 años-

“No es muy usual que los doctores ofrezcan eso, pero eso ya ha ido cambiando un poquito, en el EBAIS de Santo Domingo un doctor me dijo, pero esa es la primera vez en 6 o 7 años y es que también hay muchas mujeres doctoras, y las mujeres como que no son muy amigas de eso, y los hombres tampoco solo una vez me los ofrecieron”. -COQUI- 54 años-

“Si, el tacto rectal no me lo han hecho en los últimos dos años, como que a los doctores no les gusta mucho hacer ese examen y entonces le mandan el antígeno

y si ese sale bien le dicen a uno que no hace falta el otro, tiene uno que estar pidiendo el examen”. -NACHO- 59 años-

Los comentarios de Chus, Coqui y Nacho muestran que muchos médicos evitan hacer el tacto rectal y si el usuario no lo solicita, omiten realizarlo en el chequeo general de salud, lo que ocasiona que si el paciente no va del todo convencido de practicarse las pruebas pierda la oportunidad de tener un adecuado diagnóstico que en muchas ocasiones podría aun salvar su vida.

En el estudio realizado en Cali, Lucumí, D. y Cabrera, G. (2003), encontraron que adicional a la escasa información que se provee respecto a los padecimientos de la próstata existen los tres aspectos que fueron identificados como barreras relacionadas con el personal y los servicios de salud: falta de respuesta de los médicos generales a la solicitud del examen por parte del paciente, excesivos trámites administrativos para lograr su realización y escaso tiempo dedicado a la atención de los pacientes. En el estudio los pocos beneficios a los que se hizo referencia estuvieron enfocados principalmente hacia la posibilidad de un diagnóstico precoz de la enfermedad.

Al respecto King (1984) indica “los profesionales de la salud, ya sea de manera abierta o implícita ejercen alguna influencia en su noción cultural, especialmente al enseñar a los individuos a enfrentarse al cambio y mantener y mejorar su salud” (p. 19). Resalta por lo tanto la importante tarea que recae sobre el profesional en salud quien debe ser facilitador de la salud y gestor de autocuidado en la población.

Según el texto Indicadores de Género y Salud, Costa Rica (2012):

En cuanto a la mortalidad y morbilidad de la población, los indicadores muestran en términos generales una mayor afectación de la

población masculina la cual obedece en gran medida a una construcción hegemónica de la “masculinidad”, la cual exalta conductas de riesgo que vulnerabilizan la salud de los hombres. En este sentido, es necesario fortalecer procesos de sensibilización y educación orientados a la construcción de nuevas masculinidades, el ejercicio de una sexualidad placentera pero segura y responsable, así como la relevancia de una salud integral, sustentada en enfoques preventivos. A esto debe sumarse la necesidad de que el sistema de salud revise si su perspectiva de atención invisibiliza las características socialmente asignadas a los varones reproduciendo o reforzando esos patrones al no desarrollar políticas en salud, preventivas y de atención que consideren sus necesidades y características (p. 32).

De acuerdo con el párrafo anterior es necesario políticas de información y educación en salud King indica que “los seres humanos tienen tres necesidades fundamentales de salud: (1) información útil acerca de la salud cuando la necesitan y pueden usarla; (2) cuidado preventivo y (3) cuidado cuando no pueden ayudarse a si mismos”. (King, 1984, p. 20)

La comunicación es “el intercambio de pensamientos y opiniones entre los individuos, es el medio por el cual se lleva a cabo la interacción social y el aprendizaje. Influye en las interacciones de los objetivos de una persona, sus necesidades, expectativas y es el medio de intercambiar información con el medio ambiente” (King, 1984, p. 72). Al indagar entre los participantes de la investigación sobre la comunicación e información de los padecimientos de la próstata o los exámenes de detección temprana en salud que han recibido es posible encontrar varios panoramas. Algunos hombres comentan que hace falta información:

“Si de lo que hablábamos hace falta información porque no se es como un tabú, como que nos da miedo hablar del asunto o nos da vergüenza y los que

saben del cuerpo no lo hacer tal vez porque tienen que hacer un examen aparte, los doctores tal vez no les gusta, debe ser que a los doctores no les gusta o a la caja le sale muy caro hacer información referente a eso que atender. Que te puedo decir en la CCSS se le da mucha información a otros cáncer porque tal vez sale más barato el tratamiento antes del padecimiento, tal vez en esto de la próstata, sea lo contrario, tal vez sale más caro para la caja dar la información y que la gente vaya a que sea al final”. -CHUS- 50 años-

Lo que Chus señala sobre el costo-beneficio de dar educación en salud y prevenir en vez de curar está en concordancia con los datos referidos por el estudio de Lucumí, D. y Cabrera, G. (2003), donde si indica que

A pesar de la edad de los participantes, ninguno había recibido información de su médico y sólo unos pocos hombres reconocieron haber tenido información en material impreso sobre la enfermedad o el examen, pero no en material audiovisual o charlas realizadas en las áreas de espera de las instituciones donde reciben atención. Además la falta de información por parte del personal de salud promovió la búsqueda de “orientación” en otras fuentes, especialmente los medios de comunicación. Ante la deficiente información los participantes dijeron sentirse “ignorantes” e incluso “discriminados”, al considerar la información frente a otras enfermedades y/o la que hay para las mujeres (p. 116).

Las anteriores declaraciones recuerdan el importante papel que tiene la educación en salud como estrategia de promoción de la salud, y como la educación en la población masculina requiere ser reforzada, al respecto el Plan Nacional de Cáncer refiere que:

A pesar que desde el año 1986, con la firma de la Carta de Ottawa sobre promoción de la salud, el país asume su compromiso para el desarrollo de esta estrategia, las acciones institucionales se siguen enfocando prioritariamente a la atención de la enfermedad y no a la promoción de la salud y prevención de patologías, lo cual incide directamente en la asignación y distribución de recursos para el desarrollo de estas estrategias y su incorporación en los planes programas y proyectos en salud (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012, p. 32).

De esta forma, la actividad educativa se debe orientar a ampliar el conocimiento de la población en estilos de vida saludables y factores de riesgo de la enfermedad y el desarrollo de habilidades personales que promuevan la salud y prevengan el cáncer.

De acuerdo con lo anterior en una investigación realizada en Medellín por Arbeláez; J. y Montealegre, N. (2012) encontraron que los hombres que dijeron haber recibido información sobre el cáncer de próstata o exámenes de detección temprana identificaron al médico como la principal fuente de información y su recomendación sería la principal razón para realizarse los exámenes. A pesar de que la mayoría de participantes no han recibido información sobre la utilidad de los exámenes de detección temprana y los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de próstata.

Otros participantes indican que la información es suficiente y lo que en verdad hace falta es conciencia por parte de la población masculina como tal. Al respecto King (1984) indica que “para que la información sobre la salud sea efectiva, debe ser comunicada de tal forma que motive a la gente a que la entienda y luego la aproveche” (p. 19):

“Bueno yo creo que información hay, información hay, creo que ha habido unos chat aquí a lo interno, también, pero más que información esto es un asunto de conciencia, yo creo que no hay hombre sobre la tierra en este momento, digo yo por lo menos en este país que no tenga claro las secuelas o las consecuencias de un posible problema prostático el que diga alegar ignorancia en este momento sobre el tema, no es a lugar. Yo creo que todos estamos plenamente conscientes que eso se puede convertir en un problema serio y que estadísticamente eso esta bastante elevado”. -BETO- 52 años-

Por otro lado algunos de los hombres entrevistados sugieren hacer campañas de concientización y que faciliten a los usuarios el realizarse las pruebas con un urólogo:

“Me parece que debería hacerse una campaña para concientizar mejor o en mayor grado sobre este cuidado que deben tener los hombres, facilitar a alguien que lo haga aquí (el tacto rectal), porque lo que si no siento confianza es de hacérmelo con los médicos de empresa”. -FELO- 52 años-

“Creo que si se requiere de más información porque principalmente uno hombre como que anda como en otras pero yo si considero que si hacen una buena campaña de esas que llegue, creo que si hace falta yo he escuchado amigos que no saben el problema que es, yo tengo amigos que no saben el problema que es tan grave escuchan del asunto pero no saben del verdadero problema”. -CHISCO- 56 años-

“Yo pienso que si es necesaria más información preventiva para que lo ayude a tomar conciencia que es importantísimo esto, y que por lo menos si no desea hacerse el tacto por lo menos que se haga el antígeno prostático que es un examen de sangre sencillo y que da mucha información, no es suficiente, pero si

da información y si sale alterado inmediatamente ir donde el doctor”. -QUINCHO- 56 años-

Entre los medios de comunicación más reconocidos por los participantes para obtener información respecto a la próstata y los padecimientos prostáticos, se encuentran:

“Aquí en el trabajo que a veces se han hecho chat y ahí se termina uno informando y tiene la oportunidad uno de consultar”. -FELO- 52 años-

“Se ve más en el periódico”. -COQUI- 54 años-

“Yo creo que sí varias veces en el consultorio me han hablado sobre eso”. -COQUI- 54 años-

“He escuchado amigos...”. CHISCO- 56 años-

“De hecho yo hago a veces algunas publicaciones sobre esos temas, y no son publicaciones mías sino que comparto, que precisamente lo hace mi médico. Siguen siendo como tabús, es más yo hablo de esos temas y la gente se ruboriza, evita la conversación”. -CHEPE- 59 años-

“Bueno yo que te puedo decir en ese aspecto, últimamente en la televisión sale mucho que los exámenes de la próstata... yo creo que la información se ha dado y se ha visto ya en medios informativos, el mismo periódico yo leo mucho periódico y a veces sale mucha información de la próstata yo lo leo porque me interesa”. -TOÑO- 60 años-

“Ahora los medios de comunicación tanto la radio como la televisión se han encargado de difundir para que uno prevenga eso y se haga los exámenes correspondientes”. -NANDO- 62 años-

Estos datos son similares a los referidos por el estudio de Lucumí, D. y Cabrera, G. (2003), donde si indica que

Los hombres tenían información limitada sobre el tema, la cual estaba referida a causas, síntomas, gravedad, descripción del examen digital rectal y criterios para su realización. La principal fuente de información sobre la enfermedad fueron los medios de comunicación, especialmente televisión y radio. Otras fuentes de información son los amigos y en menor medida los familiares (p. 116).

Con respecto a los medios de comunicación para difundir la información adecuada, precisa y oportuna King comenta:

Las revistas y periódicos de divulgación difunden información acerca de la salud, la enfermedad y los nuevos tratamientos. Estas fuentes de información, además de la televisión y la publicidad, han contribuido a que la gente cambie su concepto de salud; hoy parece querer más información acerca de la salud. Para que la información sobre salud sea efectiva, debe ser comunicada de tal forma que motive a la gente a que la entienda y luego la aproveche (King, 1984, p. 19).

De acuerdo con lo indicado por King respecto a los medios de comunicación como propulsores de la información en salud encontramos el siguiente comentario:

“La actividad educativa se orienta a ampliar el conocimiento de la población en estilos de vida saludables, factores de riesgo de la

enfermedad y el desarrollo de habilidades personales que promuevan la salud y prevengan el cáncer. La educación para la salud no debe sólo preocuparse de los individuos sino también de grupos, organizaciones y comunidades. De este modo, la educación para la salud y la promoción de la salud quedan estrechamente vinculadas”. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012, p. 30).

La educación en salud se ha dejado en un segundo lugar, tradicionalmente los esfuerzos en el sistema de salud se han enfocado en la curación de padecimientos, no recordando que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son las aristas para alcanzar una adecuada salud en la población, la educación no es simplemente difundir información, es establecer medidas que generen cambios en los individuos y la comunidad.

Al respecto y tomando como base la teoría planteada por Imogene King que tiene como fin último el logro y la consecución de las metas y objetivos establecidos en el binomio persona-enfermera(o). El papel del profesional en enfermería dentro de este marco resulta necesario, ya que su intervención oportuna genera un enlace entre el sistema interpersonal en que se desenvuelve el individuo con todos sus roles, conocimientos, creencias y conductas socialmente aceptadas y el proceso salud en que está inmerso.

Es preciso que la labor de enfermería se evidencie en los diferentes tareas de educación y acompañamiento del hombre respecto a los exámenes de detección de padecimientos prostáticos, ya que a pesar de estar presente en estas labores, su intervención se ha visto empañada, ejemplo de esto es que los participantes al compartir sus vivencias respecto a los padecimientos prostáticos no hicieron referencia al papel que los profesionales en enfermería han desempeñado al respecto.

Al explorar las vivencias, percepciones, creencias de la población masculina por medio del sistema personal, al profesional en enfermería le es posible adecuar medidas a nivel individual, cumpliendo un perfil básico como parte del equipo de salud en el abordaje integral del individuo.

La teoría de King afirma que las y los enfermeros pueden desenvolverse en muchas áreas, por lo que es de importancia rescatar como la intervención en enfermería viene a enriquecer el proceso de salud en la población masculina, el abordaje acertado desde la atención en enfermería es un agente facilitador y generador de cambio que permite tener una visión más amplia y contemplar aspectos importantes que en ocasiones suelen dejarse de lado a pesar de ser el eje central para introducir nuevas conductas en lo individual y lo social.

Para finalizar, las normas sociales que los hombres tienen respecto a las pruebas de detección de padecimientos prostáticos se encuentran mediadas mayoritariamente por la construcción de género establecida en nuestra sociedad, la cual transmite una serie de tradiciones, tabús y creencias que modelan el actuar de los hombres. Esta situación se reafirma en los comentarios de los participantes, que se ven inmersos en un constante bombardeo respecto a su sexualidad y el ser masculino.

Es necesario que todos los y las profesionales que estamos inmersas en los sistema de salud, recordemos nuestra responsabilidad con una sociedad cambiante que avanza a pasos agigantados en áreas como la tecnología pero que continua viéndose influenciada por las creencias y tradiciones que no le permiten avanzar en el área de la salud.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Se concluye a partir del trabajo de investigación que:

- Los hombres en su constante proceso de interacción con otras personas asumen diferentes roles dentro de su familia, ambiente laboral, grupo de iguales y sociedad en los que su masculinidad se encuentra en constante discusión, evaluada a la luz de un machismo dominante y las nuevas tendencias de cambio.
- La forma en que cada hombre se concibe dentro de sus sistemas interpersonal y social van a determinar positiva o negativamente su actuar y por lo tanto sus hábitos de autocuidado.
- A pesar de que la próstata es un órgano esencial para la función sexual, reproductiva y urinaria de los hombres, la población en general presenta un marcado desconocimiento referente a su importancia, funcionamiento y las enfermedades que la afectan además de las adecuadas prácticas de prevención y detección de padecimientos prostáticos
- Todos los participantes en el estudio han conocido al menos un hombre cercano a ellos que ha sufrido algún padecimiento prostático con daños importantes en su salud y aún la pérdida de la vida.
- A partir de los 50 años la probabilidad de que un hombre tenga padecimientos prostáticos crece considerablemente y esto va en aumento con el paso de los años, haciendo que a mayor edad exista

una mayor conciencia en la población masculina sobre la importancia de realizarse las pruebas de tamizaje prostático principalmente como resultado de la aparición de sintomatología.

- Los participantes reconocen que el tacto rectal es la prueba determinante para de detección de padecimientos prostáticos, sin embargo muchos de ellos evitan realizársela mientras les sea posible, revalidando el contexto machista como ordenador social del actuar masculino.
- Las principales razones por las que los pacientes rechazan el tacto rectal cuando se someten al chequeo general de salud son la falta de síntomas del tracto urinario inferior, conceptos erróneos sobre los exámenes de detección de padecimientos prostáticos, el machismo y la vergüenza, especialmente cuando se someten a los exámenes de detección de padecimientos prostáticos por primera vez.
- El precio de la masculinidad se refiere a que culturalmente la identidad masculina está relacionada a una desvalorización del autocuidado y poca preocupación por la salud. Entender los factores envueltos en los comportamientos, creencias, cultura y tabúes de los hombres frente a la detección de padecimientos prostáticos es la mejor forma de abordaje para detección precoz, lo que puede favorecer estrategias dirigidas a fortalecer prácticas de prevención más adecuadas.
- Todos los entrevistados refieren que han visto un decremento en su salud en comparación a años anteriores, e indican que actualmente se valoran más y por lo tanto procuran tener adecuados hábitos de autocuidado que les permitan mantener o mejorar su estado de salud.

- El papel que tienen la familia y amigos como principal organización de los sistemas sociales de un individuo y fuente de apoyo para la toma de decisiones respecto al proceso de salud enfermedad es básico, pues aunque muchos de los participantes indican que sus acciones de autocuidado son independientes, estas se ven influidas por los procesos de socialización en que están inmersos día a día. Por esta razón la educación para la salud no debe sólo preocuparse de los individuos sino también de grupos, organizaciones y comunidades.
- Se estableció que los participantes perciben al equipo de salud como ausente en las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población masculina, la mayoría refiere haber encontrado dificultades para realizarse el tacto rectal en los servicios de salud, entre las que sobresalen, la falta de información adecuada y oportuna, el descuido a la hora de realizar la prueba; que si el usuario no solicita el examen, el médico omite realizarlo; que los médicos prefieren realizar únicamente el APE y que casi no se brinda educación al respecto.
- A pesar de que la mayoría de participantes dicen haber escuchado al menos en una ocasión información sobre los exámenes de detección de padecimientos prostáticos esta no ha generado el interés y mucho menos el cambio esperado en la población. En este sentido, es necesario fortalecer las acciones de educación en salud, así como la evaluación de la efectividad de estas acciones.
- A pesar de los esfuerzos que se han realizado por parte de la CCSS se pone en evidencia la dificultad existente para los asegurados en las provincias alejadas del casco central para acceder a los servicios de salud, al menos en los que respecta a los médicos especialistas.

- El conjunto de prácticas sociales se encuentran íntimamente relacionadas con las diversas modalidades de la comunicación social. En los procesos de comunicación social es donde se origina principalmente la construcción de las normas sociales. En este sentido, los medios de comunicación de masas y la comunicación interpersonal diaria tienen un peso preponderante para transmisión de valores, conocimientos, creencias y modelos de conductas de los individuos.
- La salud masculina en el contexto de la salud pública se ha visto relegada a un segundo lugar, por lo que se han debido crear políticas específicas en busca de promover acciones que contribuyan para la comprensión de la realidad de la población masculina en sus diversos contextos socio-culturales y que posibiliten el aumento de la expectativa de vida y la reducción de los índices de morbimortalidad por causas prevenibles y evitables en esa población.
- La complejidad de la vida actual y los sistemas socialmente establecidos tienden a favorecer factores que aumentan las conductas riesgo en la salud de la población masculina; esto adicionado a un proceso de envejecimiento poco saludable de la población representa desafíos que solo con el compromiso decidido y el trabajo coordinado de los diversos actores de la sociedad se pueden enfrentar.
- A pesar de que los participantes saben que el personal de enfermería forma parte del equipo interdisciplinario de salud, su labor queda invisibilizada en los procesos de detección de padecimientos prostáticos, los cuales son considerados por la población como procedimientos meramente médicos.

- La Teoría de enfermería para el logro de objetivos desarrollada por Imogene King permitió un análisis profundo de la realidad individual, social y de salud de cada participante, gracias a su visión de los sistemas personal, interpersonal y social, fue posible profundizar en el individuo como un ser integral en constante interacción con su medio ambiente y desde esta perspectiva conocer y entender cómo desarrolla su proceso de salud enfermedad.
- En esta etapa final del proceso como estudiante me fue posible valorar el importante aporte hecho por Imogene King con su visión tan integral y de actualidad en lo referente al cuidado de enfermería, insto a mis compañeros de carrera a permitirse abordar sus procesos investigativos y de cuidado desde esta teorizante.
- Como enfermera entendí que será el personal de enfermería desde el primer contacto con el usuario en el servicio de salud (preconsulta) quien puede facilitar el que dicho usuario se empodere de su autocuidado y se realice sus pruebas de detección de padecimientos prostáticos en un ambiente de calidez, confianza y seguridad.
- Como investigadora aprendí mucho mediante la interacción con los hombres que colaboraron. Los resultados obtenidos relatan las historias y experiencias individuales sobre la masculinidad y los procesos de salud-enfermedad en ellos. Cada experiencia suministró un entendimiento del significado que tiene el realizarse los exámenes de la próstata para estos hombres, en una sociedad que aun hoy esta plenamente dominada por el machismo.
- La masculinidad hegemónica culturalmente ha generado conductas de riesgo en la población masculina y una desvalorización del

autocuidado, sin embargo es posible observar cómo se gesta de forma lenta pero sostenida una nueva masculinidad dentro de nuestra cultura en la cual las y los profesionales en enfermería tenemos un papel preponderante como facilitadores de la salud y promotores del cambio.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda por lo tanto:

5.2.1. Al Consultorio Médico de Empresa del Banco Popular

- Socializar mediante una exposición oral los resultados de esta investigación con los Directivos del Banco Popular, la Dirección de Capital Humano a la cual pertenece el Consultorio y los hombres participantes en el estudio.
- Crear medidas de educación en salud que sean capaces de alcanzar y sensibilizar a los hombres en relación a la detección temprana de padecimientos prostáticos, generando conocimientos necesarios que estimulen prácticas positivas de rastreo en la población masculina, enfatizando en la construcción social de la masculinidad y su impacto en las prácticas como el autocuidado.
- En la preconsulta, llevar dentro del expediente de salud de los usuarios del consultorio el seguimiento de los exámenes de chequeo que permitan al personal de enfermería incentivar a la población masculina en forma oportuna la realización de sus pruebas de control anual.
- Organizar dentro del Banco, programas de salud masculina a cargo enfermería, que faciliten la educación en salud en la población y que permitan empoderar a la población masculina que labora en el Banco, respecto a su autocuidado, de forma que se geste una cultura

organizacional que favorezca la promoción de la salud y prevención de la enfermedad dentro de la Institución.

- Realizar campañas de detección precoz de padecimientos prostáticos en un ambiente seguro, de cordialidad, confianza y respeto. Abriendo el espacio para la prevención de la enfermedad en este sentido.

5.2.2. A nivel de los Profesionales en Enfermería del país:

- Es necesario que el profesional de enfermería se vea así mismo como un ente gestor de cambio, brindando educación adecuada, facilitando espacios para el acceso oportuno a los servicios de salud y creando ambientes seguros dentro del sistema de salud donde los hombres puedan sentir confianza y seguridad a la hora de realizarse sus chequeos.
- El personal enfermería por medio de acciones coordinadas en administración, investigación, educación y cuidado directo debe liderar el cambio en la atención que se brinda a población masculina en los servicios de salud de nuestro país:
 - Favoreciendo la investigación en temas de género y masculinidad que permitan conocer las barreras a las que se enfrenta esta población e innovar técnicas que permitan alcanzar a los individuos con medidas de autocuidado.
 - Fortaleciendo las intervenciones en prevención del cáncer de próstata en los hombres que pudieran enfrentar mayores barreras de acceso a los programas de prevención y menor posibilidad de tener conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas respecto de los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata.
 - Mejorando las estrategias de información, educación y comunicación sobre autocuidado entre ellas el cáncer de próstata y los exámenes de detección temprana, enmarcadas en un contexto sociocultural en el que se fortalezca el papel del

personal de enfermería como un referente de información para los hombres adultos.

- Habilitando espacios que favorezcan la participación del hombre en su proceso de autocuidado, olvidando estereotipos que lo someten a riesgos innecesarios. En salud reproductiva, el hombre debe replantearse la propia identidad para poder asumir responsabilidades que no había aprendido a reconocer como propias.
- Fortaleciendo las medidas de autocuidado en la población masculina que favorezcan la transmisión de conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas respecto a la detección precoz de padecimientos prostáticos mediante talleres educativos para la población en estudio.

5.2.3. A la Escuela de Enfermería de la UCR

- La Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica debe plantarse como escuela líder en el área, con nuevas perspectivas de género que no solo sirvan de discurso sino que fomenten el desarrollo de una nueva masculinidad dentro del ámbito de la salud.
- La mejor forma de poder crear alianzas para el logro de los objetivos de la salud es el conocer como percibe el individuo su propio proceso de salud-enfermedad y empoderarlo dentro de este. Por esta razón, insto a la Escuela a favorecer el planteamiento de iniciativas en investigación que aborden los temas de masculinidad y género, contenido que ha sido un poco explorado en nuestro país y donde la unidad se proyecte como pionera en la transformación del ser y que hacer enfermero respecto a la población masculina.
- Instar a los y las estudiantes a realizar más investigaciones basadas en la Teoría para el logro de objetivos desarrollada por Imogene King que es fuente de riqueza para el conocimiento y que permite realizar un análisis integral y profundo del proceso salud enfermedad en el individuo.
- Tomar medidas educativas que permitan eliminar en forma progresiva la cultura machista generada desde el mismo personal de salud, que arremete con sus actitudes y servicio despreocupado desde la perspectiva de género contra los hombres y mujeres a quienes se les brinda el cuidado.

BIBLIOGRAFIA

1. Acto Público de Lanzamiento de Convocatoria al Encuentro Nacional de Masculinidades (2008). *La agenda de las nuevas masculinidades*. Ponencia presentada en San Salvador, 24 de Octubre de 2008
2. Amador Berrocal, A. (2008). Concepción del envejecimiento y vejez desde la masculinidad en profesionales universitarios. (Tesis de Magister Scientiae en Gerontología). Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio.
3. American Cancer Society. (2006). *Atlas del Cáncer*.
4. Araya Sálas, K. y Mora González, M. (2009). *Modalidad educativa de abordaje para la construcción de la salud sexual y reproductiva de los hombres trabajadores de la Editorial de la Universidad de Costa Rica*. (Práctica dirigida de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio.
5. Arbeláez, J. y Montealegre, N. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 30 (3), 300-309.
6. Araya Umaña, S. (2001). Cambian los discursos: ¿Cambios en las prácticas? *Revista de estudios de género La Ventana*. (14/2001). 159-201. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88412394007>. [Consulta 5 nov. 2014]
7. Araya Umaña, S. (2002). Las RS: Ejes teóricos para su discusión. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)

8. Baechler, R., Henríquez, R., Aqueveque, X., Martínez, M. y Soto, A. (2001). Prevalencia del cáncer de próstata en la comuna de Talca, VII región Chile. *Revista médica de Chile*. 129 (11).
9. Barrantes, R. (2001) *Investigación un camino al conocimiento*. Costa Rica: Editorial UNED.
10. Cabrera, G. y Lucumí, D. (2003). Creencias sobre examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata: hallazgos cualitativos de un estudio en Cali. *Colombia Médica*. 34 (3), 111-118. Recuperado de: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/262> [Consulta 5 noviembre 2014].
11. Caja Costarricense de Seguro Social. (2011). *Guía de Atención del Cáncer de Próstata I Nivel de Atención*. San José: Autor.
12. Castillo Rodríguez, J., Matamoros González, E. y Paniagua Jiménez, K. en (2005). *Influencia de la socialización de género en la construcción de la masculinidad como factor de riesgo asociado a la violencia en hombres privados de libertad: Un acercamiento al estudio de la masculinidad en el Centro de Atención Institucional de San Ramón*. (Seminario de graduación de Licenciatura en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica, Sede Occidente.
13. Castiñeiras Fernández, J., Cozar Olmo, J.M., Fernández Pro, A., Martín, J.A., Brenes Bermúdez, F.J., Naval Pulido, E., Molero, J.M. y Pérez Morales, D. *Criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para atención primaria*. *Actas Urológicas Españolas*, 34, (1)
14. Chavarría Rojas, K. y Quesada Campos, Y. (2004). *Masculinidad y Vejez: El encuentro entre los cambios propios del envejecimiento con los roles y*

encargos de la masculinidad. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio.

15. Cisterna Cabrera, F. (2005) Ensayo: Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, Vol. 14 (1): 61-71. Recuperado de: <http://www.ubiobio.cl/theoria/v/v14/a6.pdf> [Consulta 5 noviembre 2014].
16. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo base para los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2005) *Abriendo espacios. Guía política de salud y derechos sexuales y reproductivos*. Estocolmo: Autor.
17. Consejo Universitario, Universidad De Costa Rica. (2003). *Reglamento De Trabajos Finales De Graduación*. San José: Autor.
18. Coordinación Técnica de Cáncer, Proyecto Fortalecimiento Atención Integral de Cáncer en la Red de Servicios, Caja Costarricense de Seguro Social (2011) *Guía de Atención del Cáncer de Próstata, I Nivel de Atención*. Costa Rica: Autor.
19. Costa Rica On. (2012). *No tenemos políticas de salud en masculinidad. En este país no tenemos políticas de salud en masculinidad porque no nos educamos no tenemos cultura en ese sentido*. Costa Rica Recuperado de http://www.costaricaon.com/modulos/mod_periodico/pub/mostrar_noticia-id-6102.htm [Consulta 26 mayo 2013].
20. De Keijzer, Benno. (1997). El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. *Género y salud en el Sureste de México*, ECOSUR y UJAD, Villahermosa.

21. Delgado Gallego, M., et al. (2011). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación en salud*. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle.
22. Domínguez-Rodrigo, M. (1994). *El origen del comportamiento humano*. Autor-Editor.
23. Drake, R., Vogl, W., Mitchell, A. (2011). *Gray Anatomía para estudiantes*. (2ª. ed.). Madrid: Elsevier Inc. 373, 408-432
24. Durán Villalobos, M. (2002) Marco epistemológico de la enfermería. *Revista Aquichan*. 2 (2), 7-18.
25. Fernández Núñez, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos?. *Butlletí LaRecerca*. Institut de Ciències de l'Educació. Universitat de Barcelona. Ficha 7. Recuperado de <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf> [Consulta 5 abril 2015]
26. Ganong, W. (2006). *Fisiología médica* (20ª ed.). México: Editorial El Manual Moderno.
27. García Arenzana Anguera JM (2005) Tratamiento de las prostatitis *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 29 (6-2005), 145-151. Recuperado de http://www.msc.es/Diseno/informaciónProfesional/profesional_farmacia.htm [Consultado el 11 de junio del 2014]
28. González Ávila, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*. Nº 29, 85-103 Recuperado de <http://www.rieoei.org/rie29a04.PDF> [Consultado el 20 de octubre del 2015]

29. Grillo Bustamante, E. (2001). *Anatomía Quirúrgica, tomo 1* (2ª ed.). San José: EUCR.
30. Guardián, A. (2007). *El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa*. Costa Rica: Investigación y Desarrollo Educativo Regional (IDER)
31. Guzmán Rojas, I. y Whilhelm Aguilar, F. (2005). “*Actitudes masculinas hacia la salud sexual y reproductiva en hombres mayores de 18 años, residentes de la localidad urbano marginal Bajo Los Anonos, ubicada en san Rafael de Escazú, diciembre del 2004.* (Práctica de Investigación en Maestría en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal). Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio.
32. Hardy, E. y Jiménez, A. (2001). Políticas y estrategias en salud pública, Masculinidad y género. *Rev Cubana Salud Pública* 2001; 27 (2), 77-88.
33. Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ª. ed.). México: McGraw-Hill.
34. Hurtado de Barrera, J. (2010). *Metodología de la investigación: guía para la comprensión holística de la ciencia*. (4ª. ed.). Caracas: Quirón Ediciones
35. Instituto Nacional De Cancerología, Sociedad Colombiana De Urología. (2013). *Guía de atención integral para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata para el sistema general de seguridad social en salud*. Colombia: Autor.
36. Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). *Indicadores de Género y Salud, Costa Rica 2012*. San José: Autor.

37. Jiménez, M. (2009). *Crisis económica: Efectos diferenciados entre hombres y mujeres*. Red Iberoamericana de Masculinidades, Recuperado de: <http://www.redmasculinidades.com/resource/images/BookCatalog/Doc/00089.pdf>.
38. Junqueira, L. y Carneiro, J. (2005). *Histología básica*. (6ª. ed.). Barcelona: Masson, S.A. 428-430.
39. Kerouac, S.; Pepin, J. y otros. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson. 1-21.
40. King, I. (1984). *Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos*. Mexico, D.F.: Editorial Limusa.
41. Marieb, E. (2008). *Anatomía y fisiología humana*. (9ª ed.). España: Pearson Educación S.A.
42. Martínez González, A. *Masculinidad hegemónica en el discurso del movimiento obrero madrileño de finales del siglo XIX y comienzos del XX*. Recuperado de: <http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/>
43. Martínez, M. (1989). *Comportamiento Humano. (Nuevos Métodos de Investigación)*. México: Trillas.
44. Martínez, M. (1999). *La Nueva Ciencia. Su desafío, lógica y método*. Trillas: México.
45. Matamoros Ruiz, M., Rodríguez Alfaro, E. y Zúñiga Solórzano, C. (2006). *Conocimiento y Creencias que poseen los hombres adultos sobre el climaterio masculino en la manufacturera GRETEX de Grecia, durante los meses de junio*

a setiembre del 2006. (Tesis de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio.

46. Mejía Navarrete, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones Sociales*. IV (5). p. 165-180.
47. Michael, R., Gordon, K. y Wojcieh, P. (2005). *Histología, Texto y Atlas Color con Biología Celular y Molecular*. (4ª ed.). Uruguay: Editorial Médica Panamericana.
48. Ministerio de Salud de Costa Rica. (2012). *Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011 – 2017*. San José: Autor.
49. Mora, H. (2004) *Criterios de validez y triangulación en la Investigación Social “Cualitativa” –Una aproximación desde el paradigma naturalista-* Universidad Católica de Temuco, Chile. Recuperado de http://www.academia.edu/1099259/Validez_y_triangulaci%C3%B3n_en_investigaci%C3%B3n_cualitativa. [Consultado el 5 abril 2015]
50. Morales Domínguez, J., Moya Morales, M., Gaviria Stewart, E., Cuadrado-Guirado, I. (2007). *Psicología Social*. (3 ed.). Madrid: McGRAW-HILL.
51. Muñoz-Razo, C. (2011). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis*. (2, a ed.). México: Pearson Educación de México.
52. NewYork-Presbiterian (2009). *Salud de próstata*. Recuperado de: <http://nyp.org/espanol/library/prostate/prisks.html>. [Consultado el 30 de setiembre del 2014]

53. Nodal-Laugar, R., Rodríguez-Ardí, M., Tamayo-Tamayo, I. y Domínguez-Fabars, A. (2011). Responsabilidad individual en la detección temprana del cáncer de próstata. *MEDISAN* [online]. 2011, vol.15, (7), pp. 958-963. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000700011&lng=es&nrm=iso. ISSN 1029-3019. [Consultado el 11 de junio del 2014]
54. Okuda Benavides, M., Gómez Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. XXXIV (1), 118-124 Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80628403009>> ISSN 0034-7450 [Consulta 5 abril 2015]
55. OMS/FAO. (2003). *Dieta Nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. Ginebra: Autor.
56. OMS/OPS. (2003). *Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda de cambio*. Suiza: Autor.
57. Organización Mundial de la Salud. (1981). *Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Autor.
58. Organización Mundial de la Salud. (2005). *Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI: El reto de las enfermedades crónicas*. Suiza: Autor.
59. ONU. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5-13 sept. *Publicación de Naciones Unidas*, Ventas, No. 95 X111. 18.

60. Ortega Hegg, M., Centeno Orozco, R., Castillo Venerio, M. (2005). *Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamérica*. Managua: UNFPA- CEPAL.
61. Ortiz-Barboza, A., Vargas-Alvarado, R. y Muñoz-Leiva, G., (2005). *Incidencia y mortalidad del cáncer en Costa Rica 1990-2013*. San José: Ministerio de Salud de Costa Rica.
62. Ortiz Casallas, E. (2013). Las representaciones sociales: un marco teórico apropiado para abordar la investigación social educativa. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, enero-marzo, 2013. 19, 1, pp. 183-193. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28026467006> [Consultado el 28 de octubre del 2014]
63. Ortíz Obando, A. y Rivas Fonseca, D. (2012). *Análisis de la situación actual de la salud sexual y salud reproductiva de los hombres privados de libertad del Centro de Atención Institucional de San José, durante el mes de febrero del año 2012*. (Informe de trabajo de investigación aplicada de Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal). Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio.
64. Paiva E.P., Motta M.C.S.M., Griep R.H. (2011). Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata en Brasil, *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jan.-feb. 2011 19(1):[08 pantallas] Recuperado de <http://www.eerp.usp.br/rlae> [Consultado el 12 de junio 2014]
65. Palacios, D., Corral, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Revista de Enfermería. Intensiva*. 21 (2), 68-73.

66. Poal Marcel, G. (1993). *Entrar, quedarse, avanzar. Aspectos psicosociales de la relación mujer mundo laboral*. Madrid: Siglo XXI.
67. Pow-Sang, M., Destefanoa, V., Astigueta, J., Castillo, O., Gaona, J., Santaella, F. y Sotelo, R. (2009). Revisión: Cáncer de próstata en Latinoamérica. *Actas urológicas españolas*. 2009; 33(10):1057-1061
68. Programa Estado de la Nación. (2006). *Duodécimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible*. San José: Autor.
69. Ramírez Caro, J. (2011) *Cómo diseñar una investigación académica* 1ª ed. Heredia, Costa Rica: Montes de María Editores
70. Rodríguez, A. (1991). *Psicología Social*. México: Trillas.
71. Romero Cabo, R. (s.f.). Curso de capacitación profesional “Género y masculinidades” “Herramientas teórico - prácticas para el estudio de los varones y la construcción social de sus masculinidades”. Clase 3- ¿Por qué hablar de Nuevas Masculinidades? *Organización Multidisciplinaria Latinoamericana de Estudios de Masculinidades*.
72. Romero, F., Santos, K., Filho, T., Pilati, R., Kulysz, D. y de Oliveira, F. (2008). Razones por las que los pacientes rechazan el tacto rectal cuando se someten a cribaje de cáncer de próstata [Resumen]. *Archivos Españoles de Urología* 61 (6), 759-765 Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S0004-06142008000600019> [Consultado el 12 de diciembre 2013]
73. Romero, R. y Rodríguez, N. (s.f) *Curso de formación profesional “Género y Masculinidades, El género desde una perspectiva del estudio de los hombres”*. Organización Multidisciplinaria Latinoamericana de Estudios de Masculinidades

74. Rubinstein, E., Gueglio, G., Giudice, C. y Tesolin P. (2013). Actualización: Hiperplasia prostática benigna, *EVIDENCIA - Actualización en la Práctica Ambulatoria - Octubre/Diciembre 2013*. 16 (4), 143. Recuperado de www.evidencia.org [Consulta 20 Julio 2014]
75. Sancho, J. (2012, 13 de Febrero). Un asesino que solo mata hombres: cáncer de próstata. La Prensa Libre. Recuperado de <http://www.prensalibre.cr/pl/nacional/58557-un-asesino-que-solo-mata-hombres-cancer-de-próstata.html> [Consulta 29 Junio 2013].
76. Schwartz, H. y Hacobs, J. (1984). *Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad*. Trillas, México.
77. Sipión, C. (2008). Patriarcado, masculinidad y violencia. Posibles relaciones conceptuales. *Magenta, Revista sobre masculinidades y género*, (1): 10-15.
78. Solano, M. (2006). Fenomenología- hermenéutica y enfermería. *Cultura de los Cuidados*. X (19), 5-6.
79. Stern, C., Fuentes, C., Lozano, L. y Reysoo, F. (2003). Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública de México*. 45 (1), 34-43. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15444.pdf> [Consulta 26 mayo 2013].
80. Vincent Marqués, J. (s.f.). *Sobre la alienación del varón*. Editorial Alas, República Dominicana Recuperado de: http://www.jerez.es/fileadmin/Documentos/hombresigualdad/fondo_documento_al/Identidad_masculina/alienacion_del_varon.pdf [Consulta 5 noviembre 2014] (s.p.)

ANEXOS

Anexo 1: Carta de Autorización del Banco Popular

San José, 11 de febrero del 2015

Lic. Mauricio Flores Pizarro
Supervisor
Área Bienestar Laboral, Dirección Capital Humano
Banco Popular

Por este medio le saludo esperando se encuentre bien en el desempeño de sus labores. El motivo de la presente es solicitar su autorización para desarrollar en el Consultorio Médico del Banco Popular mi Trabajo Final de Graduación, titulado: Conocimientos, actitudes y prácticas de un grupo de hombres entre los 50 y 70 años de edad en relación a la detección de padecimientos prostáticos: un análisis desde la teoría de los sistemas de Imogene M. King. 2015.

Agradeciendo de antemano su ayuda y pronta respuesta,

Ana Rosa Zeledón Umaña

Céd. 111560175

Carné A14058

Dirección Capital Humano
Unidad Bienestar Laboral

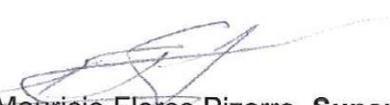
18 de Febrero del 2015

Srta. Ana Rosa Zeledón Umaña

Como supervisor de la Unidad de Bienestar Laboral al cual está adscrito el Consultorio Médico de Empresa del Banco Popular le comunico que su solicitud para desarrollar en el Consultorio Médico su Trabajo Final de Graduación, titulado: "Conocimientos, actitudes y prácticas de un grupo de hombres entre los 50 y 70 años de edad en relación a la detección de padecimientos prostáticos: un análisis desde la teoría de los sistemas de Imogene M. King. 2015", ha sido aprobada.

Cordialmente,




Lic. Mauricio Flores Pizarro, **Supervisor**
Unidad de Bienestar Laboral

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

La información contenida en este documento es confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona o la organización a la cual está dirigida o autorizada por el área administrativa correspondiente del Conglomerado Banco Popular.

Teléfono: 2244 7022 San José, Costa Rica

Anexo 2: Comisión de Trabajos Finales de Graduación

San José, 19 de mayo del 2015

Comisión de Trabajos Finales de Graduación
Escuela de Enfermería
Universidad de Costa Rica

Por este medio yo, Ana Rosa Zeledón Umaña, Carnet A14058, deseo presentar ante ustedes para su respectiva evaluación, mi anteproyecto de Tesis bajo el título: **Actitudes y prácticas de un grupo de hombres entre los 50 y 70 años de edad en relación a la detección de padecimientos prostáticos: un análisis desde la teoría de los sistemas de Imogene M. King, Consultorio Médico Banco Popular. 2015.**

Para el desarrollo de este trabajo el M.Sc. Denis Carrillo Díaz será el profesor guía-director del proyecto.

Agradezco de antemano la ayuda y recomendaciones que me puedan brindar para realizar este proyecto.

Atentamente,

Ana Rosa Zeledón Umaña
Carnet A14058
Tel. 88772002

19 de mayo 2015
EE-963-6-2015

Estudiante
Ana Rosa Zeledón Umaña

Estimada estudiante:

Por este medio se le informa que en sesión **170-2015** de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación, se revisó la propuesta de la tesis: "Conocimientos, actitudes y prácticas de un grupo de hombres entre los 50 y 70 años de edad en relación a la detección de padecimientos prostáticos: un análisis desde la teoría de los sistemas de Imogene M. King, Consultorio Médico Banco Popular, 2015"; la Comisión **acordó** lo siguiente: **Aprobado con recomendaciones.**

-El trabajo contaba con las modificaciones que se recomendaron anteriormente.

Se recomienda:

-Reelaborar las unidades de análisis.

-Quitar del título lo relacionado a la edad por ser de orden metodológico: "Entre los 50 y 70 años de edad" (quitar).

En el diseño metodológico: es de un enfoque cualitativo-descriptivo-capítulo completo- se recomienda reelaborar la categorización de las unidad de análisis.

Atentamente,


MSc. Felicia Arguedas Olsen
Coordinadora



NPA

Anexo 3: Consentimiento Informado

San José, 30 de junio del 2015

Comité Ético Científico
Vicerrectoría de Investigación
Universidad de Costa Rica

Por este medio yo, Ana Rosa Zeledón Umaña, Carnet A14058, deseo presentar ante ustedes para su respectiva evaluación, mi propuesta de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería bajo el título: **Actitudes y prácticas de un grupo de hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos: un análisis desde la teoría de los sistemas de Imogene M. King, Consultorio Médico Banco Popular. 2015.**

Para el desarrollo de este trabajo el M.Sc. Denis Carrillo Diaz será el profesor guía-director del proyecto.

Agradezco de antemano la ayuda y recomendaciones que me puedan brindar para realizar este proyecto.

Atentamente,

Ana Rosa Zeledón Umaña
Carnet A14058
Tel. 88772002

16 de julio de 2015
VI-4651-2015

Estudiante
Ana Rosa Zeledón Umaña
Escuela de Enfermería

Estimada estudiante:

El Comité Ético Científico en su sesión No. 300, celebrada el 15 de julio del presente año, sometió a consideración el Proyecto de Trabajo Final de Graduación **“Actitudes y prácticas de un grupo de hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos: un análisis desde la teoría de los sistemas de Imogene M. King, Consultorio Médico Banco Popular. 2015”**, el cual fue recibido por el CEC el 03 de julio de 2015.

Después del análisis respectivo, el Comité indica que el proyecto está claro y bien elaborado.

Por lo anteriormente expuesto, el Comité acuerda:

*Acuerdo: Por votación única y en forma unánime se acuerda la aprobación y por lo tanto la ejecución del Proyecto de Trabajo Final de Graduación “Actitudes y prácticas de un grupo de hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos: un análisis desde la teoría de los sistemas de Imogene M. King, Consultorio Médico Banco Popular. 2015”, de la estudiante Ana Rosa Zeledón Umaña. **ACUERDO FIRME.***

Quedamos en la entera disposición de colaborar ante cualquier consulta ulterior.

Sin más por el momento, se suscribe cordialmente,



Dra. Vanessa Ramírez Mayorga
Coordinadora Comité Ético Científico



VRM/gchz

C.c. Comisión de Trabajos Finales de Graduación, Escuela de Enfermería.
Archivo/consecutivo



FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
 (Para ser sujeto de investigación)

**“Actitudes y prácticas relacionadas con la detección temprana
 de padecimientos de la próstata”**

Nombre del Investigador Principal: Ana Rosa Zeledón Umaña

Nombre del Director de Tesis: Denis Carrillo Díaz

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:

Este estudio corresponde a la tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería, la cual tiene por objetivo analizar las actitudes y prácticas de un grupo de hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos. Tiene como fin, aportar conocimiento que permita brindar una mejor atención a los usuarios y fortalecer la prevención en salud en la población masculina.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

A los hombres que acepten participar en la investigación se les hará una entrevista semi-estructurada, por un espacio de 2 horas aproximadamente. Dicha entrevista se realizará en un ambiente tranquilo y privado; que permita la expresión libre y fluida. El usuario podrá hacer las aclaraciones que le sean necesarias en caso de presentar alguna duda. La entrevista será grabada con una grabadora de voz, con el fin de guardar la información, para posteriormente transcribirla. Esta grabación será destruida en cuanto termine el proyecto. Se corroborará la veracidad de la información obtenida en el mismo momento con el participante.

C. RIESGOS:

Su participación en este estudio no le causará ningún riesgo sin embargo las preguntas podrían resultarle incómodas, ya que son personales y esto le podría causar molestia. Por lo cual se brinda la opción de no responder si no se desca.

Comité Ético Científico
 Universidad de Costa Rica

Janessa Ramírez



D. BENEFICIOS:

Aunque no obtendrá ningún beneficio directo hará posible que por medio de esta investigación se brinde un mejor servicio en lo referente a la detección temprana de padecimientos de la próstata tanto a usted como a otros usuarios del Servicio Médico del Banco Popular en el futuro.

- E. Antes de dar su autorización para este estudio, usted debe haber hablado con Ana Zeledón Umaña y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información a futuro, puede llamarla al teléfono 8877-2002. O bien contactar al Director de esta Tesis, MSc. Denis Carrillo Díaz, docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, al teléfono 2511-2109. Además, puedo consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 22-57-20-90, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.
- G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.
- H. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero una manera anónima.
- I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

Comité Ético Científico
Universidad de Costa Rica

Vanesa Parrales



CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto _____ fecha

Nombre, cédula y firma del testigo _____ fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento _____ fecha

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149 REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.
CELM-Form.Consent-Form 06-08

Comité Ético Científico
Universidad de Costa Rica

Vanessa Ramírez R.



Anexo 4: Guía de Entrevista Semiestructurada

GUÍA DE ENTREVISTA: “Actitudes y prácticas relacionadas con la detección temprana de padecimientos de la próstata”

I Parte: Actitudes que poseen hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos

Autoconcepto y rol

1. Edad en años
2. Nacionalidad
3. Domicilio
4. Estado Civil
5. ¿Tiene hijos? ¿Cuántos?
6. Grado Académico
7. ¿Qué puesto ocupa dentro de esta institución?

Conocimientos y percepciones

8. ¿Qué diría usted que es la próstata, para qué sirve?
9. ¿Cuáles enfermedades se pueden dar en la próstata?
10. ¿Qué hace sospechar a un hombre, que tiene una enfermedad de la próstata?
11. ¿Sabe usted en qué consisten las pruebas que se utilizan para diagnosticar enfermedades en la próstata?
12. ¿Cuándo considera usted que es importante realizarse las pruebas diagnósticas de la próstata?
13. ¿Recuerda tener algún familiar cercano o amigo que haya estado enfermo de la próstata? ¿Cómo describiría que fue esa experiencia?

14. ¿Qué mitos y creencias ha escuchado usted sobre los exámenes de detección de enfermedades prostáticas?

II Parte: Prácticas que realizan los hombres en estudio en relación a la detección de padecimientos prostáticos

15. El concepto tiene de usted mismo, ¿se ha visto modificando de alguna manera con el paso de los años?

16. ¿Presenta usted algún síntoma que le pueda hacer sospechar sobre algún padecimiento prostático ó se le ha detectado algún padecimiento de la próstata?

17. ¿Cuándo acude al médico para realizarse chequeo general de salud, se realiza usted las pruebas diagnósticas de enfermedades de la próstata?

18. ¿Piensa usted que el grado de comodidad al realizarse el tacto rectal puede variar de acuerdo al sexo del profesional que realiza la prueba?

19. ¿Qué impresiones experimenta usted con relación a los exámenes de detección de enfermedades de la próstata?

20. ¿Siente usted que su condición de ser hombre se ve afectada al realizarse el tacto rectal?

21. ¿Cuenta usted con el apoyo de su familia en el cuidado de su salud?

22. ¿Se encuentra en este momento sexualmente activo (mantiene regularmente relaciones sexuales)?

23. ¿Influye la relación con su pareja en la decisión de realizarse las pruebas de detección de enfermedades de la próstata?

24. ¿Influyen sus amigos en la decisión de realizarse o no las pruebas de detección de enfermedades prostáticas?

25. ¿Qué situaciones podrían hacer que usted evite realizarse los exámenes de la próstata?

26. ¿Ha encontrado dificultades en el sistema de salud para realizarse las pruebas de detección de enfermedades de la próstata?

27. ¿Ha recibido información sobre los padecimientos de la próstata o los exámenes de detección temprana por parte de alguna institución?
¿Considera usted que haga falta más información al respecto?

Anexo 6: Resumen

Actitudes y prácticas de un grupo de hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos: un análisis desde la teoría de los sistemas de Imogene M. King, Consultorio Médico Banco Popular. 2015

Ana Rosa Zeledón Umaña

La presente investigación plantea el tema de las actitudes y prácticas que tienen los hombres respecto a la detección temprana de padecimientos prostáticos, abordadas desde la Teoría de Enfermería. El proyecto busca: **a.** Generar conocimiento para entender cómo piensan y viven los hombres desde su masculinidad las pruebas de detección de padecimientos prostáticos, **b.** Analizar desde la teoría de enfermería (King) el tema de salud y masculinidad, **c.** Crear una mayor conciencia entre el personal de salud respecto al cuidado de la salud en la población masculina y **d.** Abrir un espacio de reflexión sobre el tema sobre el tema de salud y masculinidad en nuestro país.

El trabajo se desarrolla a partir de 5 capítulos: **a.** El objeto de la investigación, **b.** Marco referencial, **c.** Diseño metodológico, **d.** Análisis de los datos y **e.** Conclusiones y recomendaciones. Estos capítulos establecen las bases de la investigación así como los resultados obtenidos según las técnicas empleadas.

La investigación tiene un enfoque cualitativo de tipo descriptivo y utilizó como instrumento para la recolección de datos una entrevista semiestructurada titulada: “Actitudes y prácticas sobre la detección temprana de padecimientos de la próstata”, la cual se desarrolló a partir en las categorías planteadas de acuerdo a los objetivos de la investigación y la Teoría para el logro de los objetivos de Imogene King.

Para el análisis de la información, se contrastaron las opiniones de los participantes, se compararon los resultados con otras investigaciones relacionadas con el tema en estudio y se abordaron desde la Teoría de enfermería para el logro de objetivos desarrollada por Imogene King, alcanzando así un análisis desde diferentes visiones que enriqueció los resultados del estudio.

La población en estudio se conformó por 16 hombres con edades entre 50 y 64 años de edad, empleados del Banco Popular que laboran en el Edificio Metropolitano y acudieron al Consultorio Médico de Empresa durante el mes de

agosto del 2015. En la transcripción de las entrevistas se utilizaron diminutivos de nombres comunes para proteger la identidad de los entrevistados.

Respecto a las actitudes y prácticas King explica que “los individuos organizan y ponen en diferentes categorías sus experiencias humanas al procesar impresiones seleccionadas a través de sus sentidos... posteriormente en el proceso de las interacciones humanas, los individuos reaccionan en términos de sus percepciones, de sus experiencias y de sus necesidades”. (King, 1984, p. 31, 32)

Entre los resultados de la investigación sobresale que la mayoría de la población presenta un marcado desconocimiento referente a la importancia, funcionamiento y enfermedades que la afectan la próstata, además de las adecuadas prácticas de prevención y detección temprana de padecimientos prostáticos.

Los participantes reconocen el tacto rectal como la prueba concluyente para de detección de padecimientos prostáticos, sin embargo muchos de ellos evitan realizársela por diferentes razones entre las que prevalecen la falta de síntomas del tracto urinario inferior, los mitos sobre los exámenes de detección de padecimientos prostáticos, el machismo y la vergüenza, ratificando el contexto machista como ordenador social del actuar masculino, King indica que uno de los problemas en la vida es mantener un nivel de salud que le permita a la persona realizar actividades diarias de tal manera que lleve una vida relativamente útil, satisfactoria, productiva y feliz... al estar hospitalizada (la persona) aumenta su ansiedad porque siente una amenaza real o simbólica a su imagen. Los pacientes tienen miedo de ser mutilados y de morir. Ellos no pueden anticipar que les pasará... son colocados en un rol pasivo (King, 1984, p. 17)

Los participantes coinciden en que el tacto rectal les genera malestar e incomodidad sin importar el sexo del médico que lo realice, este examen no solo requiere de pericia por parte de él o la profesional en salud sino además de un alto grado de compromiso, respeto y empatía hacia el usuario, en búsqueda de su bienestar durante el procedimiento, el sistema interpersonal mencionado por King contempla este proceso como una transacción, entre el profesional en salud y el usuario.

El estudio determinó además que la familia y especialmente la pareja, es primordial fuente de apoyo para la toma de decisiones en cuanto al proceso de salud enfermedad de los participantes quienes asimismo indican que sus acciones

de autocuidado son independientes de la influencia de sus amigos, sin embargo fue posible encontrar una relación directa entre los hábitos de autocuidado y procesos de socialización en que los hombres están inmersos día a día.

Se estableció que los participantes perciben al equipo de salud como ausente en las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población masculina, la mayoría refiere haber encontrado dificultades para realizarse el tacto rectal en los servicios de salud, entre las que sobresalen, , la falta de información adecuada y oportuna, el descuido a la hora de realizar la prueba; que si el usuario no solicita el examen, el médico omite realizarlo; que los médicos prefieren realizar únicamente el APE y que casi no se brinda educación al respecto. King (1984, p. 40) habla de la deshumanización y despersonalización de la que son víctimas cuando entran al hospital. El ambiente hospitalario dice ella, puede ser una amenaza al yo del paciente. Resalta la labor que el personal de enfermería debe efectuar para alcanzar un ambiente de calidez, confianza y seguridad donde el usuario pueda realizarse sus pruebas de detección de padecimientos prostáticos.

En los resultados obtenidos relatan las historias y experiencias individuales sobre la masculinidad y los procesos de salud-enfermedad en los varones. Cada experiencia suministró un entendimiento del significado que tiene el realizarse los exámenes de la próstata para estos hombres, en una sociedad que aun hoy está plenamente dominada por el machismo. La masculinidad hegemónica culturalmente ha generado conductas de riesgo en la población masculina y una desvalorización del autocuidado, sin embargo es posible observar cómo se gesta de forma lenta pero sostenida una nueva masculinidad dentro de nuestra cultura en la cual las y los profesionales en enfermería tenemos un papel preponderante como facilitadores de la salud y promotores del cambio.

King, I. (1984). *Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos*. Mexico, D.F.: Editorial Limusa.

Anexo 6: Cronograma de actividades

Cronograma de actividades para el proyecto de investigación

“Actitudes y prácticas de un grupo de hombres en relación a la detección de padecimientos prostáticos: un análisis desde la teoría de los sistemas de Imogene M. King, Consultorio Médico Banco Popular. 2015”

Actividad	Fecha
Presentación del anteproyecto a la Comisión de TFG	18-31 de Mayo 2015
Matrícula de Investigación Dirigida	27-30 Julio 2015
Recolección de datos y vaciamiento de datos	01-31 de Agosto 2015
Análisis de los datos	Setiembre 2015
Revisión por parte del comité asesor	Octubre 2015
Presentación escrita del trabajo y solicitud de autorización para la defensa pública	26 de octubre 2015
Defensa publica	09-13 Noviembre 2015