

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE EL ESCRUTINIO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS

Zahíra Quiñones[‡], Juan Ovallest, Joamery Tejada*, Esmirna Faringthon*, Karina Guzmán*, Liliana Hernández*, Luis Delanoi* & Diana Rozón*

INTRODUCCIÓN Se determinó el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas acerca de las pruebas de escrutinio de cáncer de próstata en hombres de 40 años o más. **MÉTODOS** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y de fuente primaria, en el período de enero-marzo del año 2009, en la zona Cristo Rey. La investigación se llevó a cabo aplicando un formulario de 45 preguntas, previo aviso mediante un consentimiento informado a una muestra de 238 hombres obtenida mediante un muestreo aleatorio a partir de una población total de 495 hombres. **RESULTADOS** Se encontró que el 55% de los hombres tenía un nivel de conocimiento bajo. Hubo relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la edad, el grado de escolaridad, las actitudes y las prácticas. A mayor grado de escolaridad, mayor es el nivel de conocimientos ($p=0.00247$); en cambio, cuando menor la edad, mayor el nivel de conocimientos. Los que tenían un nivel de conocimientos bajo tenían una actitud indiferente ($p=0.0004$). De los que conocen las pruebas de escrutinio, la mayoría se practicaba un PSA ($p=0.0004$). También se observó relación estadísticamente significativa entre las prácticas y la sintomatología ($p=0.0043$) y entre las prácticas del PSA y la posesión de seguro médico ($p=0.04$). También se observó que los que tenían síntomas urinarios molestos mostraban una actitud negativa hacia las pruebas de escrutinio. **DISCUSIÓN** La mayoría de los hombres tienen un escaso nivel de conocimientos acerca de las pruebas de escrutinio de cáncer de próstata, lo cual se refleja en sus actitudes y prácticas. Se recomiendan campañas educativas acerca de la enfermedad, sus factores de riesgo, sintomatología y pruebas de escrutinio. Además de esto se deben realizar estudios de prevalencia de la enfermedad.

INTRODUCTION The level of knowledge, attitudes and practices on screening tests for prostate cancer was determined in men of ages 40 and older. **METHODS** A descriptive, transversal study was performed using primary sources during the period January-March of year 2009, in the zone called Cristo Rey. The investigation was performed in an randomized sample of 238 men (total population was 495) by the application of a formulary of 45 questions after an informed consent form was signed. **RESULTS** It was found that 55% of these men had a low level of knowledge. There was a statistically significant relationship between the level of knowledge and age, level of school, and the attitudes and practices: the higher the level achieved in school was, the higher the level of knowledge would be ($p=0.00247$); on the contrary, younger men tended to have a higher level of knowledge. Among those who had low level of knowledge an indifferent attitude prevailed ($p=0.0004$). The majority of men who knew about the different screening tests would have a PSA practiced on them ($p=0.0004$). Statistically significant relationship was also observed between their practices and symptomatology ($p=0.0043$) and the use of PSA and the possession of medical insurance ($p=0.04$). It was also seen that men with bothering urinary symptoms had a negative attitude towards the screening tests. **DISCUSSION** The majority of men had a scarce knowledge about the screening tests for prostate cancer, which was reflected in their attitudes and practices. Educative campaigns about this disease, its risk factors, symptomatology and screening tests are recommended. Additionally, we encourage prevalence studies to be performed.

Palabras clave: conocimientos, actitudes, prácticas, pruebas de escrutinio de cáncer de próstata.

INTRODUCCIÓN

El Examen Digital Rectal (EDR) y el Antígeno Prostático Específico (PSA, por sus siglas en inglés) son las principales pruebas de escrutinio utilizadas para detectar cáncer de próstata en la población masculina. En la actualidad, todo hombre mayor de 50 años asume el reto de afrontar la decisión de realizarse o no exámenes de detección de cáncer de próstata y termina percatándose de que dicha decisión es más complicada de lo que aparenta debido a los tabúes, mitos y controversias que rodean el escrutinio.

La próstata, luego de la piel, es el lugar más frecuente de localización de neoplasias malignas en los hombres^{1,2}. En algunos lugares del mundo, es la segunda causa de muerte en hombres². En el año 2004, ocupaba el tercer lugar (7%) entre las causas de muerte por neoplasias malignas en República Dominicana³, aunque, actualmente, no se encontraron registros de datos epidemiológicos disponibles sobre la prevalencia de dicha enfermedad en este país. El riesgo de desarrollar cáncer de próstata se incrementa de manera proporcional a la edad, convirtiendo a esta última en uno de los factores de riesgo más importantes. Además de la edad, otros factores de riesgo aumentan notablemente la posibilidad de padecer cáncer de próstata, entre los cuales figuran la raza y los antecedentes heredo-familiares: la probabilidad de diagnosticar cáncer de próstata pobremente diferenciado en hombres afroamericanos es doblemente mayor que en hombres caucásicos y dicha probabilidad puede duplicarse si existen uno o más familiares en primer y segundo grado afectados^{4,5}.

La prevención en salud consiste en un conjunto de medidas que tienden a evitar el establecimiento de una enfermedad, interrumpir su progresión y mitigar sus consecuencias luego que aparece. De ahí surge la división de la prevención en primaria, que tiene como objetivo implementar medidas que eviten la aparición de una enfermedad; secundaria, que incluye las medidas orientadas a detener el progreso de una enfermedad en estadio subclínico; y terciaria, que busca paliar las consecuencias que trae consigo la enfermedad. El EDR y la prueba de PSA, a pesar de que constituyen estrategias de prevención secundaria, son el principal recurso que se le puede ofrecer a la población asintomática debido a que las medidas de prevención primaria no han sido precisadas todavía. Se están estudiando, en base a los factores de riesgo, sustancias que pueden prevenir la

aparición del cáncer. The Prostate Cancer Prevention Trial es un ensayo clínico que demostró el efecto protector del Finasteride, aunque al parecer aumentó el riesgo de un carcinoma de grado más alto. El ensayo clínico SELECT (Selenium and Vitamin E Selection Trial), iniciado en el año 2001, pretende demostrar la utilidad del Selenio y la Vitamina E en la prevención primaria. Los resultados de este estudio aún no se han publicado⁶.

Por definición, el escrutinio consiste en la aplicación de un conjunto de pruebas diagnósticas con el objetivo de dividir la población asintomática en dos grupos: los que tienen la enfermedad y se beneficiarán de una intervención temprana y los que no tienen la enfermedad^{1,7}. Tanto para los médicos como para los pacientes, el valor de las pruebas de escrutinio radica en la detección de la enfermedad en un punto en el cual sea susceptible de tratamiento y lograr una posible curación. El objetivo final de las pruebas de escrutinio es reducir morbilidad y mortalidad⁷.

Con respecto a lo anteriormente dicho, existe controversia alrededor de las pruebas de escrutinio de cáncer de próstata^{4,5,8}. Los estudios han puesto de relieve el bajo valor predictivo positivo del EDR y del PSA, los cuales son los principales métodos utilizados en el escrutinio⁴. Sin embargo, dicho valor aumenta cuando ambas pruebas se combinan entre sí o con un ultrasonido transrectal. Además, no se ha demostrado con certeza que el escrutinio de cáncer de próstata disminuye mortalidad y morbilidad.

Estas discrepancias no dejan de hacerse notar entre las organizaciones de salud que elaboran guías para pruebas de cribado. La Sociedad Americana del Cáncer y La Sociedad Americana de Urología (AUA, por sus siglas en inglés) recomiendan la realización de estas pruebas en personas mayores de 50 años que tienen una expectativa de vida mayor de 10 años, aunque, si tienen los factores de riesgo arriba mencionados, deben adoptar esta conducta antes. Sin embargo, el Instituto Nacional del Cáncer no recomienda las pruebas porque no existe evidencia estadísticamente significativa que confirme la eficacia de realizárselas^{4,8}.

El objetivo de este estudio es determinar la influencia que tienen el nivel de conocimiento y las actitudes sobre las prácticas relacionadas con las pruebas de escrutinio en hombres de 40 años o más que viven en la comunidad de Cristo Rey en Santiago, República Dominicana. Se escogió una población con una menor edad en comparación con otras investigaciones debido a

‡Magíster en salud pública y profesora asociada de la PUCMM; †médico general y profesor asociado de la PUCMM; *estudiante de término de medicina.

que el cáncer de próstata tiende a aparecer en edades más tempranas en la raza africana, la cual es un componente importante dentro de la complicada conformación racial dominicana. Otra característica relevante de la población objeto de estudio es que, en su mayoría, está compuesta por familias de escaso nivel de ingresos; esta condición, en ocasiones, trae consigo una serie de factores que influyen en la práctica, independientemente del nivel de conocimiento y de la actitud que se tenga frente a una patología o una conducta saludable en general.

MÉTODOS

Población y muestra

El estudio fue descriptivo, de corte transversal y de fuente primaria. En él, se seleccionó la comunidad de Cristo Rey de Santiago de los Caballeros, República Dominicana y se delimitó la población a todos los hombres de 40 años o más que residen en esta comunidad en el período de enero-marzo del 2009 obteniendo un total de 495 hombres.

Se realizó un listado de los hombres de 40 años o más que se encuentran registrados en las fichas familiares de la UNAP de Cristo Rey, Santiago de los Caballeros, República Dominicana. Cada hombre se organizó por número de calle y casa, en forma ascendente, y a cada uno se le asignó un número en la lista del 1 al 495.

En los casos en que el individuo no se encontró en el momento del estudio debido a que falleció o se trasladó a otro lugar, éste fue sustituido por otro en la lista, con el fin de mantener constante el tamaño de la muestra. En los casos en que desempeñaran un cargo que implique que no se encuentren en casa durante horarios matutinos y vespertinos de lunes a viernes, se planificaron las visitas para los sábados en la tarde o los domingos.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- * individuos del sexo masculino;
- * de 40 años o más de edad;
- * deben hablar y entender el idioma español;
- * residentes fijos de la comunidad de Cristo Rey, Santiago de los Caballeros;
- * deben firmar el consentimiento informado; y
- * en estado de vigilia y orientados en persona, tiempo y espacio.

Fueron excluidas las personas que mostraron alguna de las siguientes características:

- * presencia de deterioro neurológico (p.e. demencia, Alzheimer, esquizofrenia, retardo mental, síndrome de Down);
- * presencia de alguna discapacidad o dificultad para comunicarse (p.e. sordomudos, afónicos, afásicos, ACV, parálisis de músculos faciales, cáncer de vías respiratorias superiores);
- * hombres en fase terminal de alguna enfermedad; y
- * existencia de alteraciones psicoafectivas que impidan una adecuada colaboración durante la intervención.

La muestra calculada fue de 216 hombres, y, al agregársele el 10% aproximado para cubrir posibles complicaciones, se obtuvo una muestra final de 238 hombres. Utilizando el programa de Microsoft Excel, se seleccionó aleatoriamente este número de individuos de la lista.

Instrumento de recolección de datos

Se recolectó la información por medio de un instrumento dividido en cinco acápitales.

El primer renglón se titula "Datos Generales" y en él se recolecta la siguiente información: edad (corroborada con la cédula de identidad), estado civil (soltero, casado, unión libre, divorciado o viudo), nivel de ingreso (menos de 3,000; de 3,000 a 5,000; de 5,001 a 7,000; de 7,001 a 10,000; de 10,001 a 15,000; y más de 15,000), escolaridad (ninguno, primaria incompleta, primaria completa, secundaria, o universidad), trabajo (empleado, desempleado o retirado) y seguro médico (presente o ausente).

El segundo renglón de preguntas lleva como título "Nivel de Conocimientos", y consta de dieciséis preguntas dicotómicas donde se comprobará si el encuestado conoce o no el enunciado correspondiente.

El tercer bloque se titula "Actitudes". Éste consta de 10 preguntas y se evaluará de dos formas. La primera de ellas es la determinación de la preferencia del entrevistado en lo tocante a las tres pruebas de escrutinio de cáncer de próstata, PSA, tacto rectal y ultrasonografía transrectal. La segunda manera es la enumeración de una lista de enunciados correspondientes a las actitudes que un hombre mayor de cuarenta años podría adoptar con respecto al escrutinio de cáncer de próstata; en ella, la escala va desde uno al tres y el número más alto corresponde al de mayor aceptación.

El cuarto renglón lleva como nombre "Prácticas" y consiste en siete preguntas de selección múltiple, en las cuales se seleccionan las opciones (pueden ser más de

una) con las que el entrevistado se sienta más identificado.

El quinto y último bloque se titula "Evaluación de los síntomas urinarios" y consta de siete ítems, cada uno con una puntuación del 0 al 5, en donde el 0 indica ausencia del síntoma y 5 mayor severidad en la presentación del síntoma en cuestión. Luego de respondidas las siete preguntas se procedió a sumar las puntuaciones obtenidas por los individuos en cada pregunta, clasificándose de la siguiente manera:

CATEGORÍA	PUNTUACIÓN
Ausencia de sintomatología	0
Leve	1-7
Moderada	8-19
Severa	20-35

Tabla 1. Clasificación de los individuos, de acuerdo a la sintomatología.

Calificación del nivel de conocimiento

El acápite de nivel de conocimiento tenía un total de 16 preguntas, cada una con valor de un punto, excepto las preguntas NC7, NC8 y NC9 que no tenían valor; la pregunta 14 se subdividió en 5 subacápites, que tenían un valor de 0.2 puntos. La calificación del nivel de conocimiento se reportó como el porcentaje obtenido del valor total. La clasificación se realizó de la siguiente manera:

CATEGORÍA	PUNTUACIÓN
Conoce	≥70%
No conoce	<70%

Tabla 2. Clasificación de los individuos, de acuerdo al nivel de conocimiento.

Medición de la actitud

La medición de actitud se llevó a cabo mediante la escala de Likert, la cual consiste en un conjunto de ítems emitidos en forma de afirmaciones, ante los cuales los sujetos pueden expresar si están de acuerdo, en desacuerdo o si son indiferentes. Adicionalmente, se determinó la prueba de escrutinio de preferencia para los hombres mediante una sola pregunta.

A cada ítem se le dio una puntuación del uno al tres dependiendo de la respuesta del individuo, lo cual se muestra a continuación en la siguiente tabla:

RESPUESTA	PUNTUACIÓN
De acuerdo	3
Indiferente	2
En desacuerdo	1

Tabla 3. Clasificación de los individuos, de acuerdo a su actitud.

Procedimiento de recolección, procesamiento y análisis de los datos

Al localizar cada participante se le explicó el por qué de la elección y el procedimiento de llenado del cuestionario mediante la lectura de un consentimiento informado, lo cual fue el paso determinante a la hora de decidir si el individuo decidía formar parte del estudio o no. Los participantes que aceptaron pertenecer al estudio procedieron a ser entrevistados; esto tomó aproximadamente 15 minutos.

Posteriormente, se procedió a organizar y clasificar los datos, codificándolos en el programa Microsoft Excel 2007 para realizar el conteo.

El análisis de la información se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS o SigmaSTAT, versiones 17 y 3.5, respectivamente; dado que todas las variables son cualitativas (ordinales y nominales), se utilizó la prueba χ^2 . Para el análisis de los cruces de variables, se utilizaron tablas de distribución de frecuencia y porcentaje. La sintomatología fue analizada mediante el American Urological Association Symptom Index Questionnaire (AUA-7).

RESULTADOS

Las características demográficas recogidas se encuentran resumidas en la Tabla 4. La mayor parte de los hombres encuestados se encontraban dentro del grupo etario que comprende los que van desde 40 años hasta 49 años (30.67%) y eran casados (38.65%). Asimismo, la mayoría (37.39%) tenía un nivel de ingresos menor de RD \$3,000.00 y no había completado la primaria (40.33%). Del total de hombres encuestados, la mayor parte reportó realizar algún tipo de actividad para su sustento (51.26%); a pesar de esto, una gran cantidad de los encuestados no poseían seguro médico (52.94%).

Del total de 238 sujetos encuestados se observó que la cantidad de hombres que tenían conocimiento era menor, en comparación a la cantidad de hombres que no conocían (45.4% y 54.6%, respectivamente). Se observó que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el grado de escolaridad y la

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	FRECUENCIA	%
Edad		
40-49	73	30.7%
50-59	65	27.3%
60-69	60	25.2%
≥70	40	16.8%
Estado Civil		
Soltero	62	26.1%
Casado	92	38.7%
Unión Libre	71	29.8%
Divorciado	10	4.2%
Viudo	3	1.3%
Nivel de Ingresos		
<3000 pesos	89	37.4%
De 3000 a 5000	36	15.2%
De 5001 a 7000	28	11.8%
De 7001 a 10000	34	14.3%
De 10001 a 15000	23	9.6%
>15000	28	11.7%
Escolaridad		
Ninguna	31	13.0%
Primaria Incompleta	96	40.3%
Primaria Completa	54	22.7%
Secundaria	30	12.6%
Universidad	27	11.3%
Trabajo		
Empleado	122	51.3%
Desempleado	72	30.3%
Retirado	44	18.5%
Seguro Médico		
Sí	112	46%
No	126	52.9%

Tabla 4. Características demográficas de la población.

edad. A mayor grado de escolaridad, mayor es el nivel de conocimiento ($p=0.0351$) y a menor edad mayor, mayor el nivel de conocimiento ($p=0.0247$). Los individuos que se encontraban en el grupo etario que va desde 40 años a 49 años fueron los que exhibieron mayor nivel de conocimientos (Tabla 5).

En cuanto a las actitudes, se observa que, debido al número de sujetos encuestados con escaso nivel de conocimiento (45.4%), la mayoría (51%) presentaba una actitud neutra o indiferente ante las pruebas de escrutinio de cáncer de próstata, demostrándose una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0.0004$). Otro dato estadísticamente significativo visible en esta investigación fue la relación entre las pruebas y la sintomatología: se observó que mientras más presencia de síntomas urinarios severos hubiera, más negativa es la actitud hacia dichas pruebas (Tabla 6).

La mayoría de los individuos prefiere realizarse un PSA o una ultrasonografía transrectal antes que un EDR, pero prefieren un PSA antes que una ultrasonografía. Otro dato importante es que la mayoría de los individuos (44.9%) están de acuerdo con que los exámenes sólo deben realizarse cuando se presenten síntomas urinarios severos; también, un gran porcentaje de los sujetos están de acuerdo con que el tacto rectal resulta ser una prueba incómoda (55.1%).

En esta investigación, se demostró que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica del PSA como prueba de escrutinio de cáncer de próstata ($p=0.0004$). Aproximadamente el 84.61% de los individuos que no se realizan el PSA no conocen dichas pruebas y el 10.18% de los individuos que se las realizan anualmente las conocen. Además de la relación entre el nivel de conocimientos y la práctica del PSA, también se demostró que existe relación estadísticamente significativa ($p=0.04$) entre la posesión de seguro médico y la práctica del PSA. También se observó que el porcentaje de individuos que nunca se ha realizado ninguno de los tipos de pruebas de escrutinio supera considerablemente a los que se las realizan y que la cantidad de hombres que se realizan las pruebas en una frecuencia diferente a la de una por año es mayor que la cantidad de hombres que sí se realizan la prueba anualmente.

DISCUSIÓN

En cuanto al nivel de conocimiento que mostraron los hombres mayores de 40 años de la comunidad de Cristo Rey sobre las pruebas de escrutinio de cáncer de próstata, el 55% los hombres no conocía acerca de las mismas. Una situación similar ocurre en el estudio de Ashford y col. (2,001)⁵, en el cual los resultados demostraron que la actitud era favorable, pero que el conocimiento acerca del riesgo de padecer cáncer de próstata era bajo. En otra investigación realizada por Arroll y col. (2,003)⁹ se reportó que un 55% de los hombres tenía poco conocimiento acerca de las pruebas. Jones y col.¹⁰ encontraron que muchos hombres de Georgia tenían bajos niveles de conocimientos acerca del cáncer de próstata, especialmente acerca de los

VARIABLE	NIVEL DE CONOCIMIENTO				TOTALES	
	Conoce (>70 pts)		Desconoce (<70 pts)			
Edad	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
< 41	9	8.3%	2	1.5%	11	4.6%
41- 49	31	28.7%	31	23.8%	62	26.1%
50-59	25	23.1%	40	30.8%	65	27.3%
60- 69	22	20.3%	38	29.3%	60	25.2%
> 70	21	19.4%	19	14.6%	40	16.8%
	108	100%	130	100%	238	100
Escolaridad						
Ninguna	10	9.3%	21	16.2%	31	13.0%
Primaria (IN)	36	33.3%	60	46.2%	96	40.3%
Primaria (COM)	28	26.0%	26	20.0%	54	22.7%
Secundaria	16	14.8%	14	10.8%	30	12.6%
Universitario	18	16.7%	9	7.0%	27	11.3%
	108	100%	130	100%	238	100%
Actitud						
Positiva	44	40.74%	24	18.46%	68	28.6%
Indiferente	49	45.37%	73	56.15%	122	51.3%
Negativa	15	13.89%	33	25.39%	48	20.1%
	108	100%	130	100%	238	100%

Tabla 5. Relación del nivel de conocimiento con la edad, el grado de escolaridad y la actitud. IN = incompleta. COM = completa.

factores de riesgos personales. Finalmente, en el estudio de Forrester-Anderson¹¹, se reportó que una de las barreras para realizarse las pruebas de escrutinio fue el limitado conocimiento de la enfermedad.

En el presente estudio, el escaso nivel de conocimiento estuvo asociado con el grado de escolaridad y con la edad. La relación entre nivel de conocimiento y grado de escolaridad se relacionan proporcionalmente, es decir, que a mayor grado de escolaridad mayor es el nivel de conocimiento. En cuanto a la relación existente entre nivel de conocimientos y edad, se observa que los hombres que se encuentran entre el grupo etario que va desde 40-49 años, la mayoría obtuvo un porcentaje mayor de 70%. Sin embargo, el estudio de Consedine y col.¹² no encontró diferencias significativas en el nivel de conocimiento en las diferentes edades.

Debido al escaso nivel de conocimiento que tenían los hombres acerca de las pruebas de escrutinio de cáncer de próstata, ellos mostraban una actitud neutra o indiferente ante las mismas: el 51% de los hombres encuestados mostraron una actitud neutra o indiferente ante las pruebas y, de éstos, el 45.37% tenía un escaso conocimiento acerca de las pruebas, demostrándose una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0.0004$). Sin

embargo, Ashford y col.⁵ demostraron que, en múltiples modelos logísticos, el auto-reporte del escrutinio de cáncer de próstata con la prueba de PSA estuvo relacionado con una actitud favorable hacia el tamizaje. Un estudio similar al de Ashford y col. fue el estudio de Myers y col.¹³, en el cual se puso de relieve que el 69% de los sujetos señaló que tenían la intención de realizarse las pruebas de escrutinio anualmente. En ese mismo estudio, el análisis de regresión logística mostró que las creencias de los sujetos en la eficacia de las pruebas y la receptividad al cuidado de salud profesional fue positiva y significativamente asociada a la intención que los sujetos mostraban ($p=0.0002$). Nijs y col.¹⁴ demostraron que, en comparación a los sujetos que acudían a realizarse las pruebas de escrutinio de cáncer de próstata, los que no lo hacían tenían una actitud negativa hacia el escrutinio.

Otro estudio que avala los resultados de Ashford y col. y de Myers y col. fue el realizado por Odelina y col.¹⁵ en el cual se demostró que la actitud fue el determinante

ACTITUD	SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS URINARIOS							
	Ninguno		Leve		Moderado		Severo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Positiva	9	37.5%	35	31.3%	21	22.6%	3	33.3%
Indiferente	13	54.2%	61	54.5%	46	49.5%	2	22.2%
Negativa	2	8.3%	16	14.3%	26	28.0%	4	44.4%

Tabla 6. Relación entre la severidad de los síntomas urinarios y la actitud hacia las pruebas de escrutinio para cáncer de próstata.

primario de las prácticas. Además, en el estudio de Arroll y col.⁹, se observó que la mayoría de los participantes estaba preocupada por la posibilidad de desarrollar cáncer de próstata, y pensaba que el examen físico general de rutina era importante y que la realización de las pruebas era necesaria, incluso en la ausencia de síntomas urinarios.

Otro dato estadísticamente significativo arrojado por esta investigación en cuanto a las actitudes ante las pruebas fue la relación entre éstas y la sintomatología: se observó que a mayor presentación de síntomas urinarios severos más negativa es la actitud hacia dichas pruebas. Quizás, esta discordancia se deba al escaso nivel de conocimiento presentado por la mayoría de los hombres, no sólo acerca de las pruebas de escrutinio, sino también acerca del cáncer de próstata como tal, su sintomatología y sus factores de riesgo. Ese bajo conocimiento, en especial acerca de la sintomatología del cáncer y los factores de riesgo, puede ser la causa de que los hombres pasen por alto señales de alarma importantes y no perciban su riesgo de desarrollar cáncer de próstata.

En cuanto a las actitudes también es importante destacar, que la mayoría de los individuos prefieren realizarse un PSA o una ultrasonografía transrectal antes que un EDR, pero prefieren un PSA antes que una ultrasonografía. Es probable que el motivo por el cual prefieran un PSA antes que las demás pruebas sea porque una cantidad considerable de los mismos está de acuerdo con que el EDR o la introducción de aparatos a través del recto es incómodo. También, es posible que prefieran una ultrasonografía transrectal antes que un EDR porque piensan que el primer estudio es más exacto que el segundo. Otro dato importante es que la mayoría de los individuos (44.9%) están de acuerdo con que los exámenes sólo deben realizarse cuando se presenten síntomas urinarios severos.

En esta investigación se demostró que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica del PSA como prueba de escrutinio de cáncer de próstata. Aproximadamente, el 61% de los individuos que no se realizan el PSA no conocen dichas pruebas y el 84% de los individuos que se las realizan anualmente las conocen. Asimismo, el 60% de los que las conocen se las realizan pero no anualmente. Sin embargo, el estudio de Whaley y col.¹⁶ demostró que existe relación entre nivel de conocimiento con el uso del tacto rectal. Brown y col.¹⁷ también demostraron que el uso de las pruebas de escrutinio de cáncer de próstata estuvo relacionado con el conocimiento.

Además de la relación entre el nivel de conocimientos y la práctica del PSA, también se demostró que existe

relación estadísticamente significativa entre la posesión de seguro médico y la práctica del PSA: la mayoría de los individuos que nunca se han realizado un PSA no tiene seguro médico. Sin embargo, la mayoría de los que se realizaban el PSA, ya sea anualmente o no, sí poseían seguro médico. La causa de que esto ocurra de esta manera es obvia: se trata de una población en la que la cantidad de los hombres de 40 años o más que tienen un nivel de ingreso menor de RD\$3,000.00 supera las demás categorías de nivel de ingresos estudiadas en esta investigación. Además, un 19.7% del total de hombres encuestados afirmó que la falta de dinero es su principal obstáculo para realizarse las pruebas.

En relación con las prácticas, se observó que el porcentaje de individuos que nunca se ha realizado ninguno de los tipos de pruebas de escrutinio supera considerablemente a los que se las realizan. También, la cantidad de hombres que se realizan las pruebas (aunque no anualmente) prevalece sobre los hombres que sí se las realizan anualmente; es decir, la minoría de los individuos objeto de estudio cumplen con los estándares propuestos por la AUA (American Urological Association).

CONCLUSIONES

En general, la mayoría de los hombres no tiene conocimiento acerca del cáncer de próstata ni de las pruebas que se utilizan para sugerir su diagnóstico, y los hombres que sin conocimiento sobre los métodos de tamizaje de cáncer de próstata reportaron una actitud la indiferente ante los mismos.

La mayoría de los pacientes nunca se ha realizado las pruebas de escrutinio de cáncer de próstata. De los que se realizaban las pruebas, la mayoría lo hace por la presencia de síntomas urinarios o porque se lo indicó el doctor.

RECOMENDACIONES

La mayoría de los hombres carece de información adecuada del cáncer de próstata y los métodos que sugieren su diagnóstico, lo que conlleva la necesidad de crear medios efectivos para aumentar el conocimiento de los hombres acerca de la enfermedad y las pruebas de escrutinio de la misma. Debido a lo anteriormente señalado, se sugieren las siguientes medidas:

- * Promover la información acerca de la enfermedad y sus pruebas de tamizaje en los medios de comunicación.

- * Realizar jornadas de educación en la población, para reforzar el conocimiento ya presente y lograr la adquisición de nueva información.
- * Evaluar posibles métodos efectivos que combatan los juicios errados que generan actitudes negativas en contra de quienes sufren cáncer de próstata.
- * Realizar una jornada de escrutinio gratuita a la población de hombres de 40 años o más para determinar cuales hombres tienen afectaciones prostáticas.
- * Determinar la prevalencia de cáncer de próstata en el país para observar la real magnitud del problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Papatsoris AG, Anagnostopoulos F. Men's behaviour towards prostate cancer screening. *Postgrad Med J*. 2008 Feb;84(988):57-9.
2. Cabrera GA, Lucumi DI. Creencias de hombres de Cali-Colombia sobre examen digital rectal como tamiza para cáncer en la próstata [thesis]. [Cali-Colombia]: Universidad del Valle; 2002. 22 p.
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, 2007: Volumen II-Países. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2007. Chapter 39, República Dominicana; p. 664-78.
4. Steele CB, Miller DS, Maylahn C, Uhler RJ, Baker CT. Knowledge, attitudes, and screening practices among older men regarding prostate cancer. *Am J Public Health*. 2000 Oct;90(10):1595-600.
5. Ashford AR, Albert SM, Hoke G, Cushman LF, Miller DS, Bassett M. Prostate carcinoma knowledge, attitudes, and screening behavior among African-American men in Central Harlem, New York City. *Cancer*. 2001 Jan 1;91(1):164-72.
6. Klein EA. Can prostate cancer be prevented? *Nat Clin Pract Urol*. 2005 Jan;2(1):24-31.
7. Gates TJ, Beelen MJ, Hershey CL. Cancer screening in men. *Nurs Clin North Am*. 2008 Jun;43(2): 283-306; vii.
8. Taylor KL, Shelby R, Kerner J, Redd W, Lynch J. Impact of undergoing prostate carcinoma screening on prostate carcinoma-related knowledge and distress. *Cancer*. 2002 Sep 1;95(5):1037-44.
9. Arroll B, Pandit S, Buetow S. Prostate cancer screening: knowledge, experiences and attitudes of men aged 40-79 years. *N Z Med J*. 2003 Jun 20;116 (1176):U477.
10. Jones AR, Shipp M, Thompson CJ, Davis MK. Prostate cancer knowledge and beliefs among Black and White older men in rural and urban counties. *J Cancer Educ*. 2005 Summer;20(2):96-102.
11. Forrester-Anderson IT. Prostate cancer screening perceptions, knowledge and behaviors among African American men: focus group findings. *J Health Care Poor Underserved*. 2005 Nov;16(4 Suppl A): 22-30.
12. Consedine NS, Horton D, Ungar T, Joe AK, Ramirez P, Borrell L. Fear, knowledge, and efficacy beliefs differentially predict the frequency of digital rectal examination versus prostate specific antigen screening in ethnically diverse samples of older men. *Am J Mens Health*. 2007 Mar;1(1):29-43.
13. Myers RE, Wolf TA, McKee L, McGrory G, Burgh DY, Nelson G, et al. Factors associated with intention to undergo annual prostate cancer screening among African American men in Philadelphia. *Cancer*. 1996 Aug 1;78(3):471-9.
14. Nijs HG, Essink-Bot ML, DeKoning HJ, Kirkels WJ, Schroder FH. Why do men refuse or attend population-based screening for prostate cancer? *J Public Health Med*. 2000 Sep;22(3):312-6.
15. Odedina FT, Campbell ES, LaRose-Pierre M, Scrivens J, Hill A. Personal factors affecting African-American men's prostate cancer screening behavior. *J Natl Med Assoc*. 2008 Jun;100(6):724-33.
16. Quandra MW. The relationship between perceived barriers and prostate cancer screening practices among African-American men [thesis]. [Miami (FL)]: Florida State University; 2006. 60 p.
17. Brown ML, Potosky AL, Thompson GB, Kessler LG. The knowledge and use of screening tests for colorectal and prostate cancer: data from the 1987 National Health Interview Survey. *Prev Med*. 1990 Sep;19(5):562-74.