

EFFECTIVIDAD DE CARTILLA INFORMATIVA EN CONOCIMIENTO Y CONTROL PREVENTIVO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN ADULTOS MAYORES DEL COMITÉ LOCAL DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD - CLAS PILLCO MARCA – HUÁNUCO, 2016

EFFECTIVENESS OF INFORMATIVE PRIMER ON KNOWLEDGE AND PREVENTIVE CONTROL OF PROSTATE CANCER IN OLDER ADULTS OF CLILL PILLCO MARCA-HUANUCO, 2016

ENIT VILLAR CARBAJAL, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, **E-mail:** enit_villar@hotmail.com

NANCY GUILLERMINA VERAMENDI VILLAVICENCIOS, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, **E-mail:** guillermina137@hotmail.com

EWER PORTOCARRERO MERINO, Facultad de Educación, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, **E-mail:** eportocarrero85@hotmail.com

ROSALINDA RAMÍREZ MONTALVO, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, **E-mail:** rosiramirez_16@hotmail.com

EUDONIA ISABEL ALVARADO ORTEGA, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, **E-mail:** eisabelalvarado@hotmail.com

LUIS ALBERTO LAGUNA ARIAS, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, **E-mail:** lucho_laguna@hotmail.com

ROUSSEAU PAUL GALARZA SILVA, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, **E-mail:** gasipa@hotmail.com

Recibido el 30 de marzo, 2017
Aceptado el 03 de setiembre, 2017

ISSN 1994 - 1420 (Versión Impresa)
ISSN 1195 - 445X (Versión Digital)

RESUMEN

Objetivo. Determinar la efectividad de una Cartilla Informativa en el conocimiento y control preventivo de cáncer de próstata. Métodos. Se llevó a cabo un estudio cuasi experimental con una muestra de 20 adultos mayores para el grupo experimental y grupo control, del Comité Local de Administración en Salud - CLAS Pillco Marca, departamento de Huánuco, durante el periodo 2016. Se utilizó un cuestionario de conocimiento y de control preventivo en la recolección de los datos. En la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba T de Student para muestras independientes. Resultados. En general, después de la intervención, el porcentaje de conocimiento sobre cáncer de próstata fue mayor en el grupo experimental (65,0%), respecto al grupo control (15,0%). Asimismo, el porcentaje de prácticas adecuadas en control preventivo fue mayor en el grupo experimental (85,0%), frente al grupo control (5,0%). Por otro lado, post intervención, encontramos puntuaciones promedios mayores del conocimiento y prácticas del control preventivo sobre cáncer de próstata en el grupo experimental, respecto al grupo control; estas diferencias fueron significativas estadísticamente ($P \leq 0,000$). Conclusiones. La estrategia de una Cartilla Informativa determina efectividad en el conocimiento y control preventivo de cáncer de próstata en adultos mayores del Comité Local de Administración en Salud - CLAS Pillco Marca - Huánuco.

Palabras Clave: Cáncer de próstata, conocimiento, control preventivo, Cartilla Informativa.

ABSTRACT

Objective. To determine the effectiveness of an information booklet in the knowledge and preventive control of prostate cancer. Methods. A quasi-experimental study was carried out with a sample of 20 elderly adults for the experimental group and control group, CLAS Pillco Marca, department of Huánuco during the period 2016. A questionnaire of knowledge and preventive control was used in the collection of the data. In the test of hypothesis we used the Student's T test for independent samples. Results. In general, after the intervention, the percentage of knowledge about prostate cancer was

higher in the experimental group (65.0%) than in the control group (15.0%). Likewise, the percentage of adequate practices in preventive control was higher in the experimental group (85.0%) than in the control group (5.0%). On the other hand, post-intervention we found higher average scores of the knowledge and practices of the preventive control on prostate cancer in the experimental group compared to the control group, these differences were statistically significant ($P \leq 0.000$). Conclusions. The strategy of an informative primer determines effectiveness in the knowledge and preventive control of prostate cancer in older adults of CLAS Pillco Marca - Huánuco.

Keywords: Prostate cancer, knowledge, preventive control, informational primer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata constituye un problema de salud pública de relevante importancia, ya que es la segunda causa más frecuente de cáncer y la sexta causa de muerte relacionada con cáncer entre los hombres en el mundo¹.

Esta enfermedad representa, aproximadamente, el 12% de los casos de cáncer de nuevo diagnóstico en Europa, es decir, se diagnosticaron 382.300 nuevos casos, y 89.300 pacientes fallecieron². Es uno de los tumores más prevalentes en España y uno de los más frecuentemente diagnosticados en el mundo desarrollado³. En EE.UU. se diagnosticaron 192.280 nuevos casos en el 2009, y fallecieron 27.360⁴.

Las tasas estimadas por 100.000 hombres-año de incidencia y mortalidad por cáncer de próstata en Latinoamérica son 48.4 y 16.3; y en Colombia, 40 y 14.6, respectivamente⁵.

En Brasil el cáncer de próstata es el segundo más común entre los hombres. La tasa de incidencia es cerca de 6 veces mayor que en países desarrollados⁶.

Asimismo, en Colombia, el cáncer de próstata es la segunda causa de muerte por cáncer en los hombres, después del cáncer de estómago⁷. En Antioquia, es el tumor maligno más común en el sexo masculino⁸.

En el Perú, el cáncer de próstata presenta una incidencia que va en aumento, asociado al incremento de la esperanza de vida y la longevidad. A la fecha, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana ha publicado cuatro reportes sobre el cáncer en el Perú⁹⁻¹². Según este Registro, en el período 1990-1993 los cánceres más frecuentes en varones fueron de estómago, en primer lugar, seguido de próstata y pulmón, con una tasa de incidencia, por 100 000 habitantes, de 13.85, 12.76 y 9.82, respectivamente. Para 1994-1997, el cáncer más frecuente en Lima Metropolitana fue el de próstata, seguido de estómago y de pulmón,

con una tasa de incidencia de 18.08, 16.55 y 11.24 por 10 000 habitantes, respectivamente. Para los años 2004-2005, el cáncer de próstata presentó una tasa de incidencia cruda de 34.31 y una tasa de incidencia estandarizada por edad de 35.89.

Diversos factores han sido citados como determinantes del aumento de las tasas de cáncer de próstata, entre ellos se destacan: mayor expectativa de vida de la población masculina; mayor conocimiento de los legos sobre las enfermedades de la próstata; y, las constantes campañas de identificación de estos, que pasaron a revelar más pacientes con la enfermedad, además de las influencias ambientales y alimentarias, tales como el alto consumo energético, ingestión de carne roja, gorduras y leche¹³.

Ruiz y Escolar¹⁴ señalan que la edad es el principal factor de riesgo para el cáncer de próstata, pues habitualmente no se diagnostica en hombres menores de 50 años; a partir de esta edad, la incidencia y la mortalidad se incrementan exponencialmente. Otros factores de riesgo importantes son el antecedente de cáncer de próstata en familiares de primer grado (padre, hermanos, tíos) y la raza negra¹⁵.

Por otro lado, en una investigación realizada en Barranquilla¹⁶, los sujetos sin información sobre el cáncer de próstata tuvieron riesgo de 2.32 de no tener antecedente de tamizaje para tal enfermedad y, en los sujetos que no recibieron información sobre tamizaje para la enfermedad, el riesgo fue de 3.41.

Lucumí y Cabrera¹⁷ mencionan que la ausencia de conocimiento de los hombres frente a la neoplasia de próstata dificulta el diagnóstico precoz y aumenta el prejuicio y el tabú alrededor a la mención a la prueba del toque rectal, lo que viene a desarrollar el progresivo avance de la patología entre la población masculina. Por tratarse de acciones de prevención y de educación en salud, está claro

que los profesionales de salud, en especial los enfermeros, poseen una función muy importante, desarrollando acciones de sensibilización de los hombres para las cuestiones preventivas a la enfermedad prostática, y aclarando sobre la posibilidad de que se detecte precozmente, métodos, diagnósticos y tratamientos a dicha patología.

Por su parte, Paiva, Motta y Griep¹⁸ consideran que la prevención y la detección precoz, estrategias básicas para el control del cáncer de próstata, tienen como requisito esencial un conjunto de actividades educativas constantes, persistentes y dinámicas para los hombres, según su estándar de valores, escolaridad, entre otras variables. Consideran también que tales actividades educativas deban priorizar la necesidad urgente de cambiar el comportamiento, tanto por parte de los hombres cuanto por los servicios, priorizando los exámenes de rastreo.

Arbeláez y Montealegre¹⁹ recomiendan fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación (IEC) sobre el cáncer de próstata y los exámenes de detección temprana, enmarcados en un contexto sociocultural en el que se fortalezca el papel del médico como un referente de información para los hombres adultos

Como sabemos que el cáncer de próstata es complejo y cambiante, obliga a afrontarlo mediante una estrategia integral, transversal, coherente y sostenible, basada en experiencias previas y proyectadas al alarmante incremento que muestra esta condición a nivel global. Es imprescindible buscar y respetar consensos, impulsar nuevas tecnologías e investigar estrategias con sensibilidad cultural adecuadas a las comunidades, en las cuales estas participen activamente. Se hace impostergable reforzar el componente educacional e introducir las nuevas tecnologías de información y comunicación, reforzando el sistema desde el nivel primario de atención.

Por tal motivo, en el presente estudio se busca determinar la efectividad de una Cartilla Informativa en el conocimiento y control preventivo de cáncer de próstata en adultos mayores del Comité Local de Administración en Salud - CLAS Pillco Marca, durante el periodo 2016.

MARCO TEÓRICO

1. Cáncer de próstata

1.1. Definición

El cáncer de próstata es una enfermedad en la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la próstata (34).

También lo definen como el cáncer que empieza en la glándula prostática. La próstata es una pequeña estructura del tamaño de una nuez, que forma parte del aparato reproductor masculino y rodea la uretra, el conducto que transporta la orina fuera del cuerpo (35).

El cáncer de próstata se forma en los tejidos de la próstata (una glándula del aparato reproductor masculino que se encuentra por debajo de la vejiga y por delante del recto). El cáncer de próstata suele producirse en hombres mayores; no debe confundirse con la hiperplasia prostática benigna, que consiste en el aumento del tamaño de la próstata debido al aumento del número de células, pero que no se disemina a otras partes del cuerpo, cuyos síntomas se asocian a una compresión de las estructuras adyacentes, como la uretra (36).

1.2. Clasificación

Existen distintas formas de clasificar el cáncer de próstata. La forma más utilizada es según la extensión del tumor mediante la clasificación TNM. Sin embargo, también es necesario clasificarlo según el grado y estadio histopatológico y su pronóstico.

a) Clasificación TNM

La extensión del tumor se clasifica según el tumor primario (T), la afectación de los ganglios linfáticos regionales (N) y la presencia o no de metástasis a distancia (M) (37).

b) Grado histopatológico

El sistema de gradación de Gleason es el sistema más utilizado para graduar el adenocarcinoma de próstata. El sistema de Gleason identifica 5 patrones o grados de crecimiento del adenocarcinoma de próstata, representado en una escala progresivamente decreciente de diferenciación glandular. La puntuación de Gleason es la suma de los dos patrones más frecuentes (grado 1-5) de crecimiento

tumoral observado y oscila entre 2 y 10, representando este último el más agresivo y de peor pronóstico (38).

c) Clasificación según el estadio clínico o patológico

La fase en la que se encuentra el paciente puede ser definida, en primer lugar según el estadio clínico, el cual hace referencia al estadio que se sospecha antes de extraer la próstata, teniendo en cuenta la información clínica, analítica y procedente de las pruebas de imagen disponibles. Posteriormente, se puede clasificar según el estadio patológico, tras la realización de una prostatectomía radical (39).

d) Clasificación según el pronóstico

Los pacientes diagnosticados de CP en estadios clínicos localizado o localmente avanzado, pueden clasificarse en subgrupos de riesgo o pronóstico en función de los factores de riesgo conocidos (PSA y Gleason). La clasificación de D'Amico, permite una aproximación práctica a las distintas opciones de tratamiento (40):

Bajo riesgo: cT1–cT2a y Gleason <7 y PSA ≤10 ng/ml

Riesgo intermedio: cT2b ó Gleason = 7 o (PSA >10 y ≤20 ng/ml)

Alto riesgo: cT2c o PSA >20 ng/ml o Gleason >7

1.3. Diagnóstico

Su detección se basa, hoy día, en tres pilares diagnósticos: tacto rectal sospechoso, nivel elevado de PSA y biopsia transrectal ecodirigida. Diversos estudios demuestran que el uso combinado de las tres exploraciones mejora la detección del tumor, ya que la utilización aislada de cada uno de ellos no ofrece suficiente rentabilidad diagnóstica (41, 42, 43). En los últimos años la gran mayoría de los autores se muestran muy críticos en el hecho de que un excesivo énfasis en el diagnóstico temprano del cáncer de próstata genera tratamientos en muchos casos innecesarios (44).

En esta línea se han dirigido muchos de los grupos de trabajo, intentando mejorar el rendimiento diagnóstico de los elementos "clásicos" (PSA y ecografía transrectal) e introduciendo otros "nuevos" (ecografía

transrectal en 3D, color doppler, power doppler y contraste ultrasonográfico), que complementen a los primeros y permitan un enfoque diagnóstico más adecuado del paciente con sospecha clínica de cáncer de próstata.

El tacto rectal goza de un alto índice de subjetividad, así como de una baja sensibilidad (57%) (45).

El PSA, que aun ofreciendo claramente mejor rendimiento diagnóstico que el tacto rectal, presenta también limitaciones, debido al alto índice de falsos positivos (HBP, prostatitis agudas y crónicas, infartos glandulares, manipulaciones urológicas, etc.) y falsos negativos (tumores pequeños o mal diferenciados), que podemos encontrar en su determinación (46). Está ampliamente demostrado en diversos estudios que el porcentaje de biopsias cancerosas positivas aumenta cuando las cifras de PSA son más elevadas. Catalona afirma que con un PSA 4-10 ng/mL, el porcentaje de biopsias positivas es del 27%, frente al 60% obtenido si el PSA es > de 10 ng/mL (47). Sin embargo, la utilización del PSA en el diagnóstico precoz del cáncer de próstata ha incrementado el número de biopsias realizadas, en muchos casos innecesarias, con el aumento en costes económicos y morbilidad asociada, derivados de esta exploración (48).

De esta manera, el diagnóstico inicial de sospecha de cáncer de próstata se establece basándose, fundamentalmente, en un tacto rectal sugestivo de malignidad y/o un valor de PSA > de 4 ng/mL, precisando de la confirmación histológica mediante la realización de la biopsia prostática.

En su comienzo, la biopsia de próstata se realizaba a ciegas sobre las zonas sospechosas según el tacto rectal (TR). Autores como Rikkin (49), introducen en 1983 la biopsia de próstata ecodirigida, como técnica diagnóstica en el cáncer de próstata. Otros autores como Torp-Pedersen, Lee y Siders (50), continuaron con el desarrollo de la biopsia ecodirigida, convirtiéndose, hoy en día, en elemento diagnóstico fundamental en la detección del cáncer de próstata.

1.4. Tratamiento

El tratamiento del Cáncer de Próstata Localizado (CPL) es cada vez más complejo debido a las diversas opciones de tratamiento disponibles, que presentan una eficacia oncológica equivalente, pero con efectos secundarios relacionados con el tratamiento significativamente diferentes. Además, este variará según las características de cada paciente, teniendo en cuenta el estado de salud general, la edad, las expectativas de vida, el grado y escala de Gleason, las preferencias personales y otros factores (51).

Las opciones de tratamiento que se consideran habitualmente en los pacientes con CPL se pueden clasificar, según su finalidad, en tratamiento conservador y en tratamientos con intención curativa (52).

Con el fin de reducir el riesgo de un tratamiento excesivo en un subgrupo de pacientes, se han propuesto dos estrategias de tratamiento conservador (53, 54, 55).

a) Actitud expectante (AE)

Esta opción también es conocida como "tratamiento guiado por los síntomas" o "watchful waiting". Es una opción de manejo del paciente que consiste en la decisión consciente de evitar aplicar cualquier tipo de tratamiento hasta la progresión local o sistemática de la enfermedad o la aparición de síntomas, en cuyo momento se trata al paciente de forma paliativa. Suele proponerse en hombres ancianos o con comorbilidades relevantes, con baja probabilidad de progresión tumoral de forma significativa durante su expectativa de vida.

b) Vigilancia activa (VA)

Este tratamiento también es conocido como "seguimiento activo" o "active surveillance or monitoring". Incluye la decisión activa de evitar tratamientos inmediatamente a pacientes con tumores de progresión muy lenta (con baja probabilidad de tener progresión clínica durante su vida) y realizar una vigilancia estrecha y tratando únicamente con intención curativa, en caso de progresión.

Los tratamientos con intención curativa

tienen como objetivo eliminar completamente el tumor (56, 57, 58).

c) Prostatectomía radical (PR)

El tratamiento quirúrgico del CPL consiste en la extirpación de todo el tejido prostático y la resección de ambas vesículas seminales. La PR retropúbica y la prostatectomía perineal se realizan a través de incisiones abiertas. El abordaje retropúbico se utiliza con más frecuencia que el perineal debido a que permite un adecuado control de la hemostasia, realizar una biopsia simultánea de las cadenas ganglionares regionales y una mayor visualización de las haces neurovasculares. Actualmente, también se realizan la PR laparoscópica, mínimamente invasiva, y la PR con asistencia robótica.

d) Radioterapia (RT)

Consiste en la irradiación del tumor prostático mediante uso de fuentes externas o implantadas en la próstata a través de una técnica transperineal guiada por ultrasonidos.

En la radioterapia externa, la fuente de irradiación se sitúa externamente al cuerpo, y se dirige hacia la zona tumoral. La radioterapia conformada tridimensional (RT3D), permite administrar una dosis alta y con mayor precisión al tumor y menor a los órganos críticos.

La radioterapia interna, o braquiterapia, consiste en la implantación de material radioactivo en el seno del tumor sólido (braqui=cerca). Las fuentes radiactivas (permanentes o temporales) se colocan en la próstata, vía transperineal de forma quirúrgica, en el que participan el oncólogo radioterápico y el urólogo.

2. Conocimiento

Según el Diccionario de la Real Academia Española, conocimiento abarca entendimiento, inteligencia, razón natural, noción. Pero el conocimiento es más que un conjunto de datos; visto solo como datos es un conjunto sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje (a posteriori), o a través de introspección (a priori) (59).

El conocimiento, en su sentido más amplio, es

una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo; cuando se habla de gestionar conocimiento, se quiere decir que se ayuda a personas a realizar esa actividad (60).

3. Aspectos educativos

El aprendizaje es entendido como un proceso dinámico y permanente mediante el cual el individuo adquiere y/o modifica habilidades, conocimientos y actitudes. Se puede decir que toda conducta humana es el resultado de un proceso de aprendizaje, el cual se manifiesta como una modificación de la conducta al comparar las actitudes, habilidades y conocimientos que tenían las personas antes de ponerlas en una situación de aprendizaje y la que pueden mostrar después de ella. Por lo cual deben ser relacionados los conocimientos adquiridos con las experiencias previas (61).

La OPS/OMS plantean que la educación para la salud es una estrategia fundamental para lograr las metas de salud... como medio; el propósito de la educación para la salud es contribuir a construir la capacidad de las personas para que participen activamente en definir sus necesidades y negociar e implantar sus propuestas para el logro de las metas de salud. Como objetivo, la educación para la salud es proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de su salud individual, la de su familia y la de su comunidad (62).

La educación para la salud no debe continuar impartándose en forma tradicional, es decir, a partir del enciclopedismo y la memorización, ni en forma unidireccional; el reto es detonar procesos educativos con metodologías alternativas para involucrar a las personas como sujetos de su propio aprendizaje y de su propio destino; que estas experiencias educativas estén cercanas a la realidad y a su vida cotidiana, de tal forma, que les permita mirar sus problemas y necesidades y logren tener una percepción de los riesgos y condiciones de su entorno y, al incorporarse a estos procesos educativo participativos, se desarrolle la reflexión–acción–reflexión que permita la toma de decisiones y actuar para que, con sus recursos, experiencias y habilidades, logren transformar su realidad

(63).

La educación para la salud es, entonces, el conjunto de acciones dirigidas a que los individuos y sus familias desarrollen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que les permitan cumplir, en forma habitual, la responsabilidad de cuidar su salud, incrementar su salud positiva, prevenir y disminuir los riesgos y daños a la salud y hacer un uso adecuado de los servicios de atención a la salud (64).

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Según el análisis y alcance de los resultados, el estudio fue experimental; según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información fue de tipo prospectivo; y según el periodo y secuencia del estudio fue longitudinal.

El diseño de investigación empleado fue cuasi experimental.

Población

La población estuvo conformada por todos los pacientes consultantes al CLAS Pillco Marca, constituyéndose en un total de 210 pacientes. De ellos se consideró una muestra total para el grupo experimental de 20 pacientes y también 20 pacientes para el grupo control.

Procedimiento

En primer lugar se realizaron las coordinaciones necesarias para la recolección de datos. Luego, se implementó la estrategia de la Cartilla Informativa sobre cáncer de próstata. Posteriormente se realizó una asistencia técnica para recolectar los datos propiamente dichos. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario sobre conocimiento y otro sobre prácticas del control preventivo del cáncer de próstata.

Análisis de datos

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron las medidas de tendencia central y de dispersión, y en el análisis inferencial se utilizó la Prueba T de Student para muestras independientes. Se tuvo en cuenta una significación de 0.05. En el procesamiento de

los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 18.0 para Windows.

RESULTADOS

En general, en relación a las características generales de adultos mayores en estudio, se encontró predominio de las edades entre 66 a 70 años (grupo experimental 55.0%; grupo control 65.0%); de estado civil casado (grupo experimental 75.0%; grupo control 65.0%); de grado de instrucción de primaria (grupo experimental 80.0%; grupo control 55.0%); de ocupación de jubilado (grupo experimental 60.0%; grupo control 70.0%); y la persona con la que vive, con su esposa del 30.0% en el grupo experimental y del 40.0% de solo en el grupo control (Tabla 1).

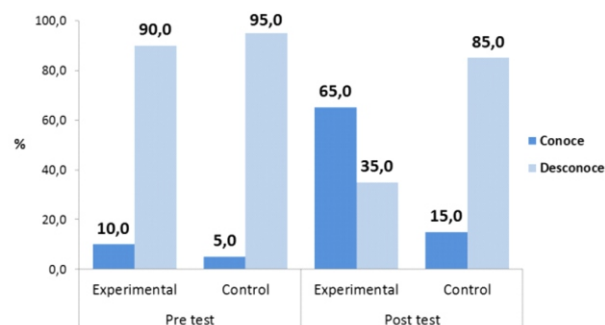
Tabla 1. Características generales de adultos mayores según grupos de estudio del CLAS Pillco Marca-Huánuco 2016

Características Generales	Grupo Experimental (n=20)		Grupo Control (n=20)	
	Í	%	Nº	%
Edad en años				
60 a 65	8	40.0	5	25.0
66 a 70	11	55.0	13	65.0
71 a más	1	5.0	2	10.0
Estado civil				
Casado	15	75.0	13	65.0
Conviviente	3	15.0	7	35.0
Viudo	2	20.0	0	0.0
Grado de instrucción				
Primaria	16	80.0	11	55.0
Secundaria	3	15.0	5	25.0
Superior	1	5.0	4	20.0
Ocupación				
Trabajador	8	40.0	6	30.0
Jubilado	12	60.0	14	70.0
Persona con la que vive				
Solo	5	25.0	8	40.0
Con su esposa	6	30.0	7	35.0
Con su esposa e hijos	4	20.0	1	5.0
Con sus hijos	5	25.0	2	10.0
Otros familiares	0	0.0	2	10.0

Respecto al conocimiento sobre cáncer de próstata de los adultos mayores en estudio, antes de la intervención se evidenció desconocimiento sobre cáncer de próstata (grupo experimental 90.0%; grupo control

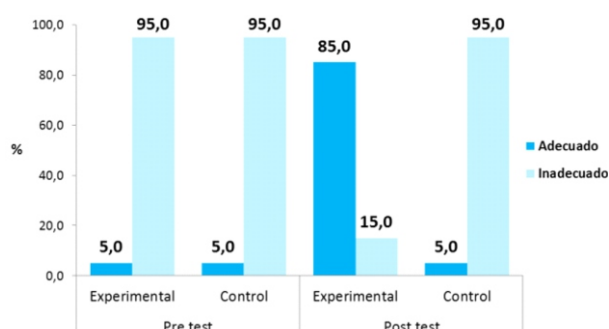
95.0%). Sin embargo, al finalizar la intervención, el porcentaje de conocimiento sobre cáncer de próstata fue menor en el grupo control (15.0%) respecto al grupo experimental (65.0%) (Figura 1).

Figura 1. Conocimiento sobre cáncer de próstata de adultos mayores por momentos del estudio y según grupos de estudio del CLAS Pillco Marca-Huánuco 2016



En cuanto a las prácticas de control preventivo de cáncer de próstata de los adultos mayores en estudio, antes de la intervención se evidenció prácticas inadecuadas en control preventivo de cáncer de próstata (grupo experimental 95.0%; grupo control 95.0%). En cambio, al finalizar la intervención, el porcentaje de prácticas adecuadas en control preventivo de cáncer de próstata fue menor en el grupo control (5.0%) respecto al grupo experimental (85.0%) (Figura 2).

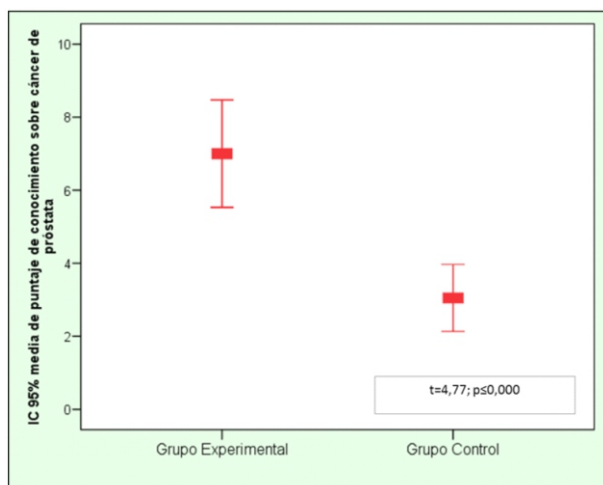
Figura 2. Prácticas de control preventivo de cáncer de próstata de adultos mayores por momentos del estudio y según grupos de estudio del CLAS Pillco Marca-Huánuco 2016



En relación al análisis inferencial de los resultados, después de la intervención

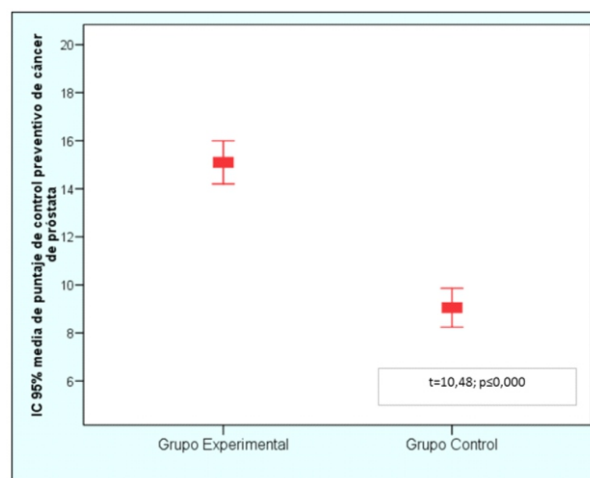
encontramos puntuaciones promedios mayores del conocimiento sobre cáncer de próstata en el grupo experimental (7.0+-3.1) respecto al grupo control (3.1+-2.0); fue evidente que los adultos mayores del grupo experimental lograron mejores calificaciones que los del grupo control. Para comprobar si estos valores son significativos, se utilizó la Prueba T Student no relacionada, resultando con diferencias significativas estadísticamente ($P \leq 0.000$) (Figura 2).

Figura 3. Prueba T de conocimiento sobre cáncer de próstata de adultos mayores por grupos de estudio, después de la intervención del CLAS Pillco Marca-Huánuco 2016



Y, después de la intervención, encontramos puntuaciones promedios mayores del control preventivo de cáncer de próstata en el grupo experimental (15.1+-1.9) respecto al grupo control (9.1+-1.7); fue evidente que los adultos mayores del grupo experimental lograron mejores puntuaciones que los del grupo control. Para comprobar si estos valores son significativos, se utilizó la Prueba T Student no relacionada resultando con diferencias significativas estadísticamente ($P \leq 0.000$) (Figura 4).

Figura 4. Prueba T de práctica de control preventivo de cáncer de próstata de adultos mayores por grupos de estudio, después de la intervención del CLAS Pillco Marca-Huánuco 2016



DISCUSIÓN

En nuestra investigación se logró demostrar que la estrategia de una Cartilla Informativa determina efectividad en el conocimiento de cáncer de próstata en adultos mayores, debido a que antes de la intervención se evidenció desconocimiento sobre cáncer de próstata (grupo experimental 90,0%; grupo control 95,0%). Sin embargo, al finalizar la intervención, el porcentaje de conocimiento sobre cáncer de próstata fue menor en el grupo control (15,0%) respecto al grupo experimental (65,0%), este resultado fue significativo estadísticamente ($p \leq 0,05$). Asimismo, hubo efectividad en las prácticas de control preventivo, ya que antes de la intervención se evidenció prácticas inadecuadas en control preventivo de cáncer de próstata (grupo experimental 95,0%; grupo control 95,0%). En cambio, al finalizar la intervención, el porcentaje de prácticas adecuadas en control preventivo de cáncer de próstata fue menor en el grupo control (5,0%) respecto al grupo experimental (85,0%), siendo significativo estadísticamente ($p \leq 0,05$). Al respecto, Herrera²⁰, en un estudio con el método cuantitativo de diseño pre experimental de un solo grupo, concluyó que la mayoría de los varones presentaron nivel de conocimiento bueno y actitud adecuada en la prevención y diagnóstico temprano de cáncer de próstata, después de la aplicación del

programa educativo.

McCree, Hale, Rutley, Aung y Jolly²¹ concluyeron que la muestra fue receptiva a la información sobre el cáncer de próstata, y el uso de una intervención educativa de base teórica tuvo una influencia positiva sobre el conocimiento acerca de los factores de riesgo, síntomas y tipos de pruebas de detección del cáncer de próstata.

Collins²² encontró que una intervención educativa tuvo un efecto positivo en el corto plazo, en el conocimiento y la conciencia sobre el cáncer de próstata en los hombres afroamericanos.

Asimismo, en una revisión sistemática, desarrollada por Izquierdo, Guerra, Díaz y Blasco²³ muestran que la aplicación de las Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones en cáncer de próstata es efectiva cuando existe incertidumbre sobre los resultados de las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas: el uso de estas herramientas aumenta el conocimiento del paciente sobre su enfermedad, genera mayor realismo en las expectativas de los pacientes sobre posibles efectos de una intervención y reduce la pasividad en la toma de decisiones para encontrar la opción que mejor se adapte a sus valores y preferencias, médicas y personales.

Pereira, Salvador y Harter²⁴ señalan que la prevención y la detección precoz, estrategias básicas para el control del cáncer de próstata, tienen como requisito esencial un conjunto de actividades educativas constantes, persistentes y dinámicas para los hombres, según su estándar de valores, escolaridad, entre otras variables. Asimismo, concluye que, a pesar de que se reconoce que no es el único determinante, diseminar conocimientos adecuados sobre el examen puede constituirse en una estrategia fundamental para la formación de una actitud positiva en relación a la detección precoz.

Por otra parte, Arbeláez y Montealegre²⁵ manifiesta que es necesario fortalecer las intervenciones en prevención del cáncer de próstata en los hombres más pobres y vulnerables, los cuales pudieran tener mayores

barreras de acceso a los programas de prevención y pueden presentar menos posibilidad de tener conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas respecto de los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata. Finalmente, nuestro estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, las limitaciones presupuestarias y de tiempo no permitieron, a largo plazo de seguimiento con los participantes, poner a prueba el recuerdo de los conocimientos adquiridos durante la intervención o el efecto sobre las prácticas de control preventivo. En segundo lugar, la eficacia de la Cartilla Informativa debe ser evaluada frente a otras intervenciones de educación sanitaria para la comparación de la eficacia. Y, en tercer lugar, tiene que ver con el hecho de que la información acerca de la práctica del control preventivo de cáncer de próstata fue autorreportada, lo cual puede sobreestimar el resultado hallado, ante la tendencia de los individuos a dar respuestas con las que esperan satisfacer al encuestador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Estadísticas del cáncer, 2009. CA Cáncer J Clin. 2009; 59:225–49.
2. Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E. Las estimaciones de la incidencia de cáncer y mortalidad en Europa en 2008. Eur J Cancer. 2010; 46:765-81.
3. Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Las estimaciones de la incidencia del cáncer y la mortalidad en Europa en 2006. Ann Oncol. 2007; 18:581-92.
4. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Op. cit. p. 225.
5. Center MM, Jemal A, Lortet-Tieulent J, Ward E, Ferlay J, Brawley O, et al. Variación internacional en las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer de próstata. European Urology 2012; 61:1079-1092.
6. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención a la Salud: Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre (Principios y Directrices). Brasília (DF); agosto 2008.
7. Instituto Nacional de Cancerología. Cáncer en cifras, mortalidad por cáncer según

- primeras causas y sexo, Colombia 2000-2009 [Internet]. [Consultado: 20 de diciembre de 2015] Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=7908pagID=775>
8. Brome M, Galeano A, Santamaría I, Salas C, Álvarez A. Registro poblacional de cáncer de Antioquia, Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. *Rev epidemiológica de Antioquia* 2006; 28(1):7-22.
 9. Gálvez J. Programa de Registro de Incidencias de Cáncer en Lima Metropolitana. Lima: Instituto de Enfermedades Neoplásicas; 1973.
 10. Olivares, J. Cancer incidence in Peru. Proceedings of the First UICC Conference on Cancer Prevention in Developing Countries. The University of Nagoya Press. Nagoya, 1982.
 11. Centro de Investigación en Cáncer "Maes-Heller". Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Lima: Instituto de Enfermedades Neoplásicas; 1998.
 12. Centro de Investigación en Cáncer "Maes-Heller". Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 1994-1997. Lima: Instituto de Enfermedades Neoplásicas; 2004.
 13. Srougi M. Próstata: que depende de usted. São Paulo: Publifolha; 2003.
 14. Ruiz M, Escolar A. La mortalidad por cáncer de próstata en Andalucía: aportaciones al cribado poblacional. *Actas urológicas españolas* 2005; 29(1):41-46.
 15. Morton RA Jr. Las diferencias raciales en el adenocarcinoma de próstata en los hombres de América del Norte. *Urology* 1994; 44(5):637-645.
 16. Navarro E, Lechuga JA, Menoyo GD, Navarro DC, Ruiz LM, Serpa AM. Factores asociados al no uso de tamizaje para cáncer de próstata en hombres de 40 o más años de los barrios La Paz, La Manga y El Pueblo, del suroccidente de Barranquilla, durante el primer semestre de 2009. *Rev Colomb Cancerol* 2009; 13(4):221-225.
 17. Lucumí-Cuesta DI, Cabrera-Arana GA. Creencias de hombres de Cali, Colombia, sobre el examen digital rectal: hallazgos de un estudio exploratorio. *Cad. Saúde Pública*. 2005 Oct; 21(5):1491-1498.
 18. Paiva EP, Motta MCSM, Griep RH. Barreras en relación a los exámenes de rastreo del cáncer de próstata. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011 Feb; 19(1):73-80.
 19. Arbeláez JD, Montealegre NA. 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* 2012; 30 (3): 300-309.
 20. Herrera ME. Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento y actitud sobre prevención y diagnóstico temprano de cáncer de próstata en varones que acuden al hospital Jerusalén de La Esperanza 2013. [Tesis]. Trujillo – Perú: Universidad Católica Los Ángeles Chimbote; 2015.
 21. McCree-Hale R, Hale TM, Rutley KR, Aung M, Jolly PE. Evaluación de una Intervención de Base Teórica en Educación para la Salud con el Fin de Desarrollar una Mejor Concientización con Respecto al Cáncer de Próstata entre los Hombres de la Región Occidental de Jamaica. *West Indian Med J* 2012; 61 (6): 580-586
 22. Collins M. El aumento de la concienciación del cáncer de próstata en los hombres afroamericanos. *Oncology nursing forum* 1997; 24(1):91-5.
 23. Izquierdo F, Guerra M, Díaz P, Blasco JA. Herramienta de Ayuda para la Toma de Decisiones compartida en cáncer de próstata. Madrid: Plan de Calidad para el SNS del MSSSI. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo; 2011.
 24. Pereira E, Salvador MC, Harter R. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011; 19(1):1-8.
 25. Arbeláez JD, Montealegre NA. Op. cit. p. 300.