

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa 2014

Autora:

ALEXIS MARÍA CAMPOS VELIZ

Trabajo de Investigación para optar el Título
Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2014

DEDICATORIA

A Dios por permitirme conocer tan hermosa carrera, por su compañía y fortaleza incondicional, por las pruebas y lecciones.

A mis padres por todo el apoyo que me brindaron, consejos, comprensión y ayuda en los momentos difíciles. Me han dado todo carácter, principios, perseverancia y coraje.

**A mi hermano por su compañía, por compartir momentos significativos conmigo
Gracias.**



“Trata de no convertirte en un hombre de éxito,
sino más bien en un hombre de valor”

Albert Einstein



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	4
CAPÍTULO II RESULTADOS	9
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	27
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	47
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	48
Anexo 2 Matriz de sistematización de información	53
Anexo 3 Validación de encuesta	59
Anexo 4 Proyecto de investigación	63

RESUMEN

Antecedente: El cáncer de próstata es una patología cada vez más frecuente, con una incidencia de 12.75 x 100 000 habitantes en Perú, por lo que es necesario contar con información y prácticas adecuadas para su prevención.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa.

Métodos: Estudio de corte transversal. Aplicando un cuestionario estructurado de 38 preguntas previamente validados para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas, sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata. En el análisis descriptivo se utilizaron porcentajes; en el bivariado se calculó la razón de prevalencias y el intervalo de confianza al 95 %, con un valor de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: De los 365 policías evaluados, 59.45% tuvieron de 40 a 49 años; 83.29% eran suboficiales, el 85.75% sólo se dedica a la labor policial dentro de la institución. El 95.07% de policías participa en la revisión médica anual. El 54.52% refirió conocer algún examen para descartar el cáncer de próstata, y el 37.81% mencionó al tacto rectal, 12.60% al examen de PSA en sangre, 11.23% refirió a la ecografía, y 3.01% a la biopsia, y el examen de orina en 7.95%. El nivel de conocimiento alcanzado fue deficiente en 67.95%. Hubo relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos, la jerarquía de policía y la edad. A mayor jerarquía, mayor es el nivel de conocimiento ($p=0.001$) y a mayor edad, mayor es el nivel de conocimientos ($p=0.00195$). El 56.71% mostraron actitudes positivas y el 35.89% de policías se ha realizado los exámenes, el 31.23% ha realizado los exámenes de forma inadecuada, y 4.66% en forma adecuada. También se observó una relación estadísticamente significativa entre la práctica, el conocimiento y la actitud; los que tienen mejor nivel de conocimiento tienen una mejor adherencia a realizarse algún tipo de prueba ($p<0.001$), aquellos que tienen mejor actitud se han realizado alguna prueba (0.00018), los que refieren conocer el tacto rectal tienen apego por la práctica de este examen ($p=0.01652$).

Conclusión: Los niveles de conocimiento sobre la detección del cáncer de próstata son inadecuados, pero una práctica parcial y una actitud positiva pueden favorecer el mejorar la detección de cáncer de próstata en policías varones.

PALABRAS CLAVE: cáncer de próstata – policías – conocimientos – actitudes – prácticas.



ABSTRACT

Background: Prostate cancer is an increasingly common condition, with an incidence of 12.75 x 100 000 in Peru, so it is necessary to have information and appropriate prevention practices.

Objective: To determine the level of knowledge, attitudes and practices with respect to screening tests for prostate cancer in men over 40 years workers “Región Policial Arequipa”

Methods: A cross-sectional study. Applying a structured questionnaire of 38 questions previously validated to assess knowledge, attitudes and practices about screening tests for prostate cancer. The percentages of descriptive analyzes were used in the prevalence ratio of two variables and the confidence interval of 95%, with a significance value of $p < 0.05$ was calculated.

Results: Of the 365 police officers evaluated, 59.45% were 40 to 49 years, 83.29% sub-officers, 85.75% of cases only dedicated to be a policeman. 5.07% of police officers involved in the annual health examinations. 54.52% refer to know the tests to rule out prostate cancer, and 37.81% mentioned DRE, 12.60 % at PSA blood test, 11.23% referred the ultrasound, and 3.01% biopsy, urinalysis in 0.89%. The level of knowledge was deficient in 67.95%. There was a statistically significant relationship between the level of knowledge, hierarchy and age, to have a higher hierarchy is related to have better knowledge ($p=0.001$) and old men tended to have a higher level of knowledge ($p=0.00195$). 56.71% showed positive attitudes. The 35.89 % of police officers have performed the examinations, 31.23 % has performed improperly, and 4.66% properly. Statistically significant relationship was also observed between practices, knowledge and attitude; who has better level of knowledge has practiced screening tests ($p=0.001$), those with better attitude have practiced screening tests ($p=0.00018$), who reported knowledge DRE, practiced this test ($p=0.01652$).

Conclusion: The levels of knowledge about screening for prostate cancer are inadequate, but a partial exercise and a positive attitude can improve favors the detection of prostate cancer in male police officers.

KEYWORDS: prostate cancer - police - knowledge - attitudes - practices.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata, es el segundo cáncer en orden de presentación en varones luego del cáncer de estómago según indica la Sociedad de Urología Peruana; su diagnóstico temprano es importante debido a que, según la Sociedad Americana de Cáncer, se ha encontrado cáncer de próstata en diferentes estadios en el 50% de autopsias realizadas a pacientes mayores de 75 años.

Uno de los principales factores de riesgo del cáncer de próstata es la edad, riesgo que es más latente en personas mayores de 50 años, sin embargo cuando existe antecedente familiar de cáncer de próstata el rango de edad disminuye a los 40 años, por lo que se aconseja que este grupo inicie de forma temprana el screening para el diagnóstico temprano del cáncer de próstata. La mayoría de varones refiere no tener datos precisos sobre el cáncer de próstata, ni conocimiento sobre las pruebas para el diagnóstico precoz o tienen conocimientos errados llenos de complejos; sin embargo los varones que conocen los exámenes para el diagnóstico precoz, como el examen de tacto rectal refieren que debe ser doloroso o muy incómodo para ellos que otro varón revise sus órganos reproductivos, clasificando el tema de cáncer de próstata como tabú, siendo para la mayoría de varones un tema muy vergonzoso al relacionarlo con la vida sexual.

Dado que se está acentuando el carácter preventivo de la medicina, es importante dar a conocer a los varones cuáles son las pruebas diagnósticas de cáncer de próstata para así poder reducir la cantidad de varones afectados. Según la Sociedad Americana de Cáncer en los últimos años (a partir de la década de los años

noventa) se ha incrementado el número de casos diagnosticados como cáncer próstata. El diagnóstico precoz posibilita el tratamiento de intención curativa para una gran cantidad de pacientes por lo cual es importante establecer el grado de conocimientos y el nivel de apego de la población a las pruebas de diagnóstico precoz para poder planificar una promoción adecuada.

La población de la Policía Nacional, es una población accesible y variada en la que podemos encontrar policías con formación castrense exclusiva, así como policías con otra formación y ocupación como policías médicos, policías administrativos; por lo que la elección de esta población es pertinente para el desarrollo de los objetivos que se pretende alcanzar en la presente investigación, pudiéndose extrapolar dichos resultados al resto de la población.

Luego de realizado el estudio hemos encontrado que el nivel de conocimientos sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata es deficiente, La mayoría de los encuestados nunca se había realizado las prueba screening para cáncer de próstata y de los que se realizaron, la minoría lo hizo de forma adecuada; sin embargo presentar una actitud positiva se asocia a la práctica de alguna prueba de tamizaje.

No existen investigaciones relacionadas en la región, y al ser importante una práctica oportuna y periódica del tacto rectal y del Antígeno prostático específico, es significativo analizar los factores que se asocian a la práctica o no de estos exámenes como la opinión, creencias y tabús que se tiene respecto a estos exámenes, aunque exista controversia sobre la utilidad del antígeno prostático específico y el tacto rectal como tamizaje para la detección temprana del cáncer de próstata, y aún no esté claro de si la detección temprana de este genera un impacto positivo sobre la

supervivencia, muchas guías clínicas y diferentes organizaciones consideran que ambos deben de practicarse de manera rutinaria para aquellos varones mayores de 50 años con una expectativa de vida superior a los 10 años.

Por lo expresado anteriormente, se ha diseñado el presente estudio cuyos resultados pueden aportar información para fortalecer futuras campañas o programas para la prevención de esta enfermedad.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación, para la evaluación del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos y un cuestionario (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en la Región Policial de la ciudad de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de febrero del 2014.

2.3. **Unidades de estudio:** Varones mayores de 40 años que laboren en la Región Policial de la ciudad de Arequipa.

Población: Todos los varones mayores de 40 años que laboren en de la Región

Policial de la ciudad de Arequipa, en el periodo de estudio.

Muestra: Dado que la población máxima posible es de 6891 policías, se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas conocidas:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{\frac{(N-1) \cdot E^2}{Z\alpha^2} + p \cdot q}$$

Donde:

N = tamaño de la población = 6891 policías en la región Arequipa

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = es una estimación preliminar = 0.5

q = 1 - p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 363,92 \approx 364$ casos como mínimo

Criterios de selección

- **Criterios de Inclusión**
 - Participación voluntaria en la investigación
- **Criterios de Exclusión**
 - Que no deseen participar voluntariamente.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio observacional, prospectivo y transversal.

4. Estrategia de Recolección de datos

4.1. Organización

Se procedió a solicitar la aprobación por la Universidad Católica de Santa María.

Se realizaron coordinaciones con la dirección la Región Policial Arequipa para lograr la autorización para acceder a las unidades de estudio.

Se buscó de manera individual a los policías varones mayores de 40 años en sus servicios, se explicó el motivo de la investigación y se solicitó su participación voluntaria, asegurando el anonimato de sus respuestas.

La recolección de datos fue realizada por el autor de la tesis. Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

4.2. Validación de los instrumentos

Se aplicó una prueba piloto a 20 personas, para verificar la validez de contenido con ayuda de un experto en el tema (tutor), así mismo para verificar la validez de constructo; la consistencia interna de los cuestionarios se verificó mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, alcanzando valores de $\alpha = 0.77$ para el cuestionario de conocimientos, de $\alpha = 0.89$ para las actitudes, y de $\alpha = 0.87$ para el cuestionario de prácticas.

El nivel de conocimientos se expresa en escala vigesimal, considerando la escala de calificación para educación básica regular: 0-10 deficiente, 11-15 Regular, 16-20 Bueno.

El nivel de actitudes se evaluó con la escala de Likert de 5 ítems, considerando un puntaje máximo de 5 puntos y mínimo de 1 punto, invirtiendo la escala en preguntas de sentido negativo, con lo que se tendrán puntajes entre 13 y 65 puntos; se realizará una distribución percentil, considerando actitudes negativas aquellas entre el percentil p0 y p33; actitudes indiferentes entre el p34 y p66, y actitudes positivas entre el p67 y p100.

Las prácticas hacia el examen se evaluaron con una pregunta índice, que es el de la realización previa de alguno o más de los exámenes evaluados.

4.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 2 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

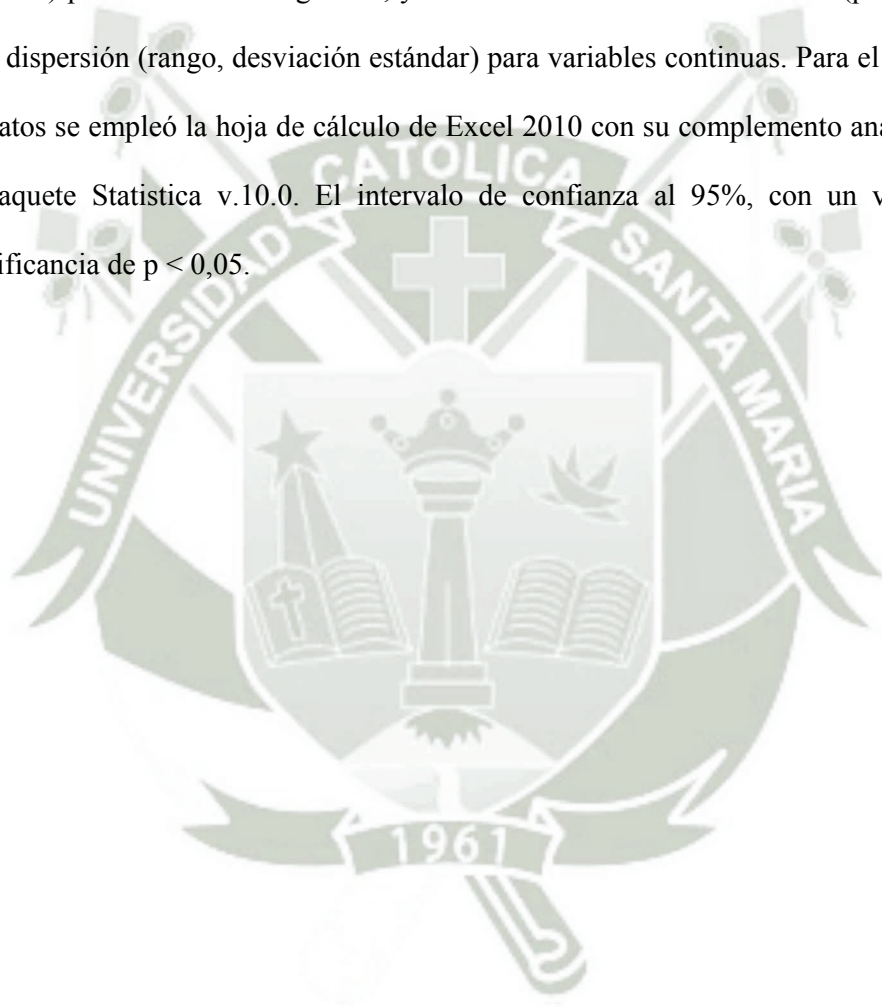
Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, y con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete Statistica v.10.0. El intervalo de confianza al 95%, con un valor de significancia de $p < 0,05$.





**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Tabla 1

Distribución del personal policial según categorías, jerarquías y grados en grupos etarios

CATEGORÍAS	JERARQUÍAS Y GRADOS	AÑOS						TOTAL	
		40-49		50-59		60-69		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
Oficiales	Coronel	0	0.00	8	2.19	0	0.00	8	2.19
	Comandante	3	0.82	9	2.47	0	0.00	12	3.29
	Mayor	15	4.11	5	1.37	0	0.00	20	5.48
Suboficiales	Superior	27	7.40	52	14.25	2	0.55	81	22.19
	Brigadier	39	10.68	31	8.49	3	0.82	73	19.99
	Técnico 1	60	16.44	17	4.66	3	0.82	80	21.92
	Técnico 2	26	7.12	2	0.55	0	0.00	28	7.67
	Técnico 3	15	4.11	0	0.00	0	0.00	15	4.11
	Suboficial 1	4	1.10	4	1.10	0	0.00	8	2.20
	Suboficial 2	19	5.21	0	0.00	0	0.00	19	5.21
No referido		9	2.47	12	3.29	0	0.00	21	5.75
Total		217	59.45	140	38.36	8	2.19	365	100

Fuente: elaboración propia

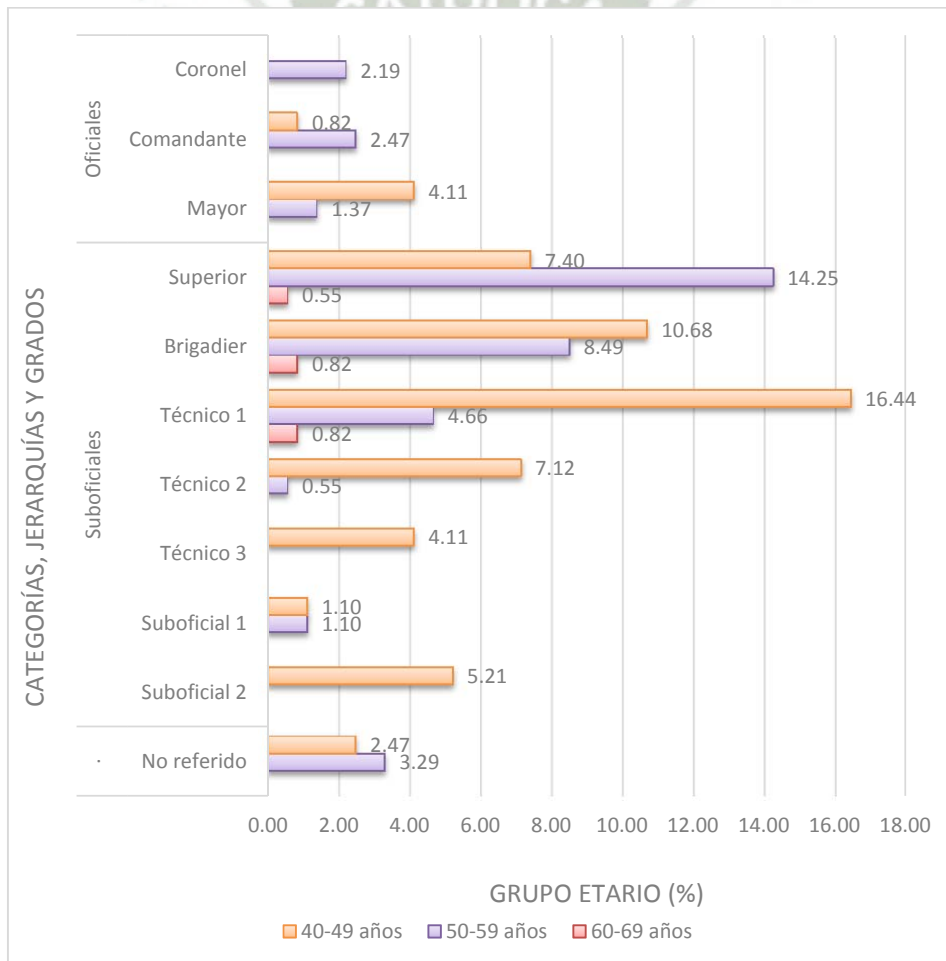
Edad promedio: 54.5 ± 5.37 años

En la Tabla y Gráfico 1 se muestra la distribución de los 365 policías varones evaluados; el 59.45% de encuestados tuvieron de 40 a 49 años, el 38.36% de 50 a 59 años, y en 2.19% los policías tuvieron de 60 a 69 años. El 10.96% eran oficiales de los cuales. El 65.29% eran suboficiales y el personal que no refirió su categoría, jerarquía ni grado representan el 5.75% de los cuales.

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Gráfico 1

**Distribución del personal policial según categorías, jerarquías y grados
en grupos etarios**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Tabla 2

**Distribución del personal policial según referencia de los exámenes
para el diagnóstico de cáncer de próstata que conoce**

Conoce uno o más exámenes	Tipo de examen para diagnóstico	N°	%
Si		199	54.25
	Tacto rectal	138	37.81
	PSA	46	12.60
	Ecografía	41	11.23
	Biopsia	11	3.01
	Examen de orina	29	7.95
No		167	45.75

PSA: Antígeno prostático específico

Fuente: elaboración propia

En la Tabla y Gráfico 2 se observa que el 54.25% mencionó que conocía uno o más exámenes para el diagnóstico del cáncer de próstata, el 37.81% mencionó al tacto rectal, 12.60% al examen de PSA en sangre, un 11.23% refirió a la ecografía, y 3.01% a la biopsia, y 7.95% de policías encuestados refirieron erróneamente al examen de orina. Un 45.75% refirió no conocer las formas de diagnóstico.

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Gráfico 2

**Distribución del personal policial según referencia de los exámenes
para el diagnóstico de cáncer de próstata que conoce**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Tabla 3

**Distribución del personal policial según nivel de conocimiento sobre
los exámenes para el diagnóstico del cáncer de próstata**

Nivel de conocimiento	N°	%
Bueno	9	2.47
Regular	94	25.75
Deficiente	95	26.03
No conoce	167	45.75
Total	365	100.00

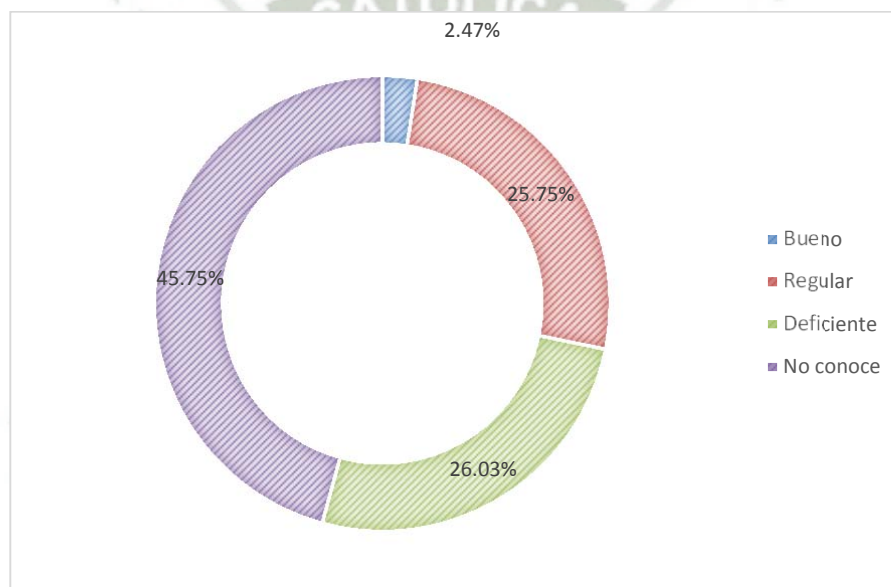
Fuente: elaboración propia

La Tabla y Gráfico 3 indica la distribución del personal policial encuestado, que respondió que conocía sobre exámenes de diagnóstico de cáncer de próstata, según el nivel de conocimiento donde el 4.55% alcanzó un nivel bueno, el 47.47 % un nivel regular y el 47.98% alcanzó un nivel deficiente.

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Gráfico 3

**Distribución del personal policial según nivel de conocimiento sobre
los exámenes para el diagnóstico del cáncer de próstata**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Tabla 4

**Distribución de respuestas correctas en el cuestionario de
conocimientos sobre exámenes para prevención del cáncer de próstata**

PREGUNTA	RESPUESTA CORRECTA (%)
El PSA se realiza en sangre	46.46
PSA cuando está en rangos normales	49.49
TR palpa próstata a través del recto	94.44
TR es incómodo o no doloroso	91.41
Ecografía transrectal visualiza próstata	19.70
PSA se inicia a los 50 años	22.73
TR se inicia a los 50 años	35.35
ER se inicia cuando tenemos otras pruebas alteradas	1.01
PSA se realiza cada año	84.34
TR se realiza cada año	73.74
Frecuencia del ER	1.01

PSA: Antígeno prostático específico

TR: Tacto rectal

ER: Ecografía transrectal

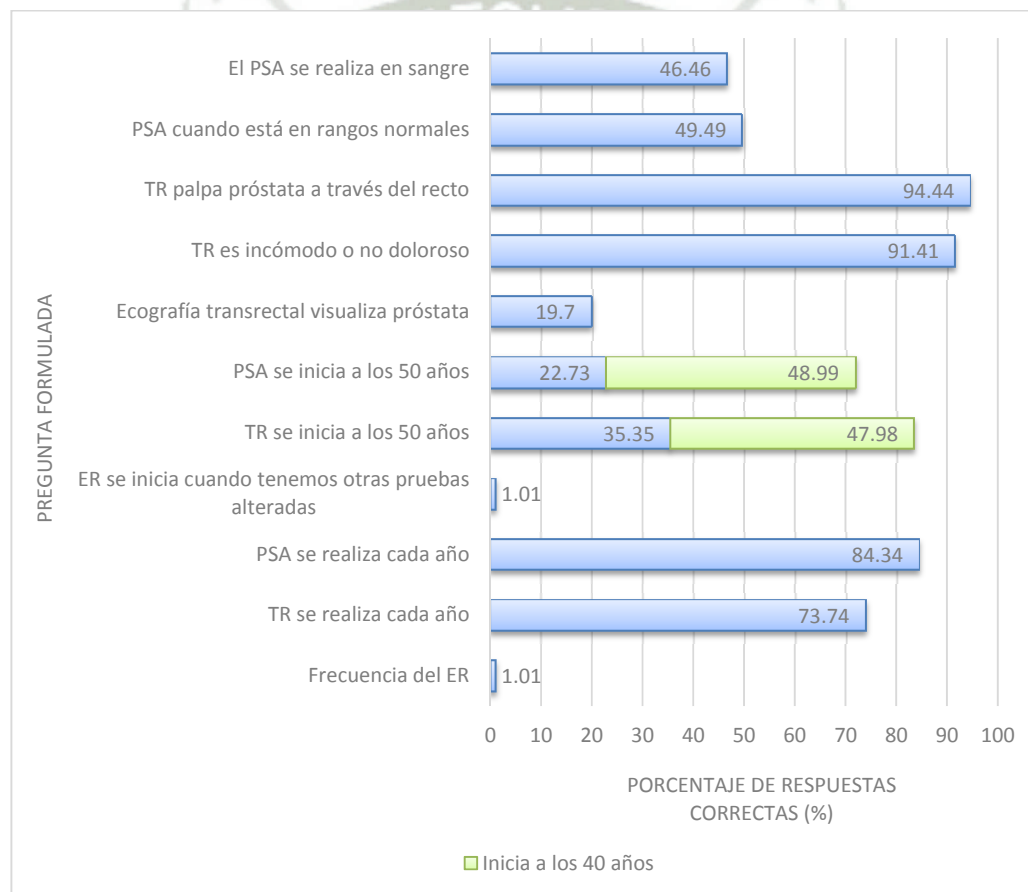
Fuente: elaboración propia

En la Tabla y Gráfico 4 se observa que el 46.46% conoce que el PSA es un examen que se realiza en sangre, el 91.41% afirman que el tacto rectal es un examen incómodo o no doloroso. En cuanto a la frecuencia PSA se debe realizar cada año lo afirmaron el 84.34% el tacto retal también anualmente en un 73.74%.

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Gráfico 4

**Distribución de respuestas correctas en el cuestionario de
conocimientos sobre exámenes para prevención del cáncer de próstata**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Tabla 5

**Distribución del personal policial según actitud hacia la prevención del
cáncer de próstata**

Actitud	N°	%
Positiva	207	56.71
Indiferente	152	41.64
Negativa	6	1.64
Total	365	100.00

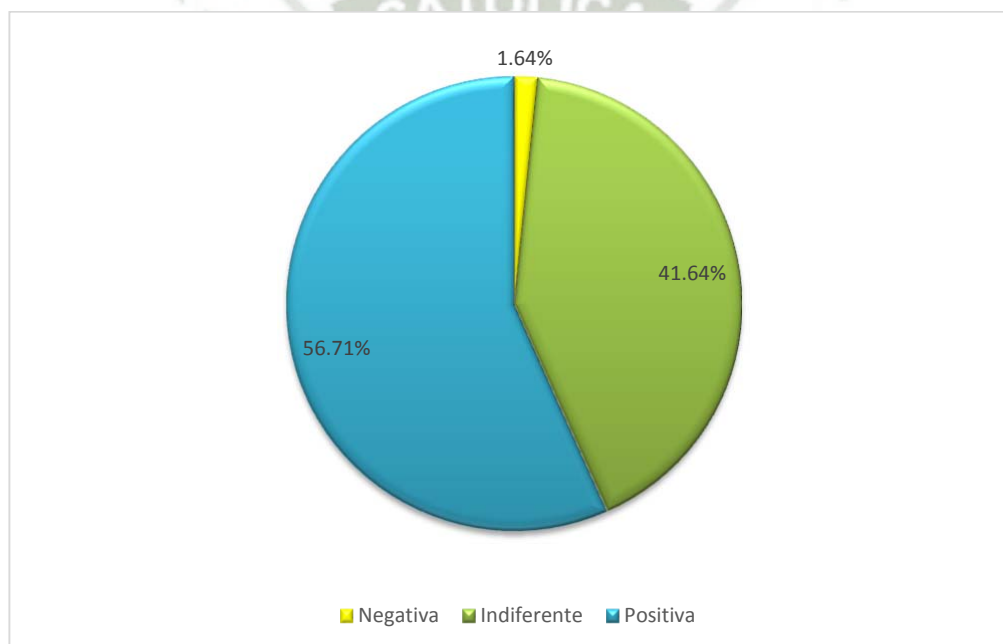
Fuente: elaboración propia

La Tabla y Gráfico 5 muestra que el 56.71% presentaron una actitud positiva, 41.64% mostraron una actitud indiferente y solo 1.64% tenían actitud negativa.

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Gráfico 5

**Distribución del personal policial según actitud hacia la prevención del
cáncer de próstata**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Tabla 6

**Distribución de respuestas en el cuestionario de actitudes sobre la
prevención del cáncer de próstata**

PREGUNTA	TOTAL- MENTE DE ACUERDO (%)	DE ACUERDO (%)	INDIFERENT E (%)	DES- ACUERDO (%)	TOTAL- MENTE EN DESACUER DO (%)
Es muy importante prevenir el cáncer de próstata	84.66	15.34	0.00	0.00	0.00
Es muy importante realizarse TR y PSA	53.42	41.64	2.19	2.74	0.00
Solo me debo realizar examen de próstata cuando presento síntomas	2.47	12.33	2.19	61.37	21.64
Solicitaría TR por iniciativa propia para prevenir el cáncer de próstata	25.75	50.14	5.48	15.89	2.74
Me parece peligroso hacerse el TR	3.56	7.95	7.12	50.68	29.04
Estaría dispuesto a someterme al examen rectal un vez al año	24.66	59.45	4.93	7.67	2.74
No me hago TR ni PSA por falta de información	9.32	24.11	10.14	45.48	9.32
Pienso que el TR puede amenazar mi hombría	2.19	7.67	4.11	46.85	38.63
Solo aceptaría TR si los síntomas son severos	10.68	13.97	1.37	56.99	15.89
Prefiero hacer una prueba en sangre que TR	24.38	16.16	25.75	25.75	5.75
Prefiero ser atendido por una médica mujer	0.82	6.03	54.25	20.55	16.99
Estaría dispuesto a realizarme PSA para descartar cáncer de próstata	55.62	41.37	0.27	1.37	0.82
Estaría dispuesto a asistir a charlas sobre cáncer de próstata	69.59	24.93	3.29	0.82	0.82

PSA: Antígeno prostático específico

TR: Tacto rectal

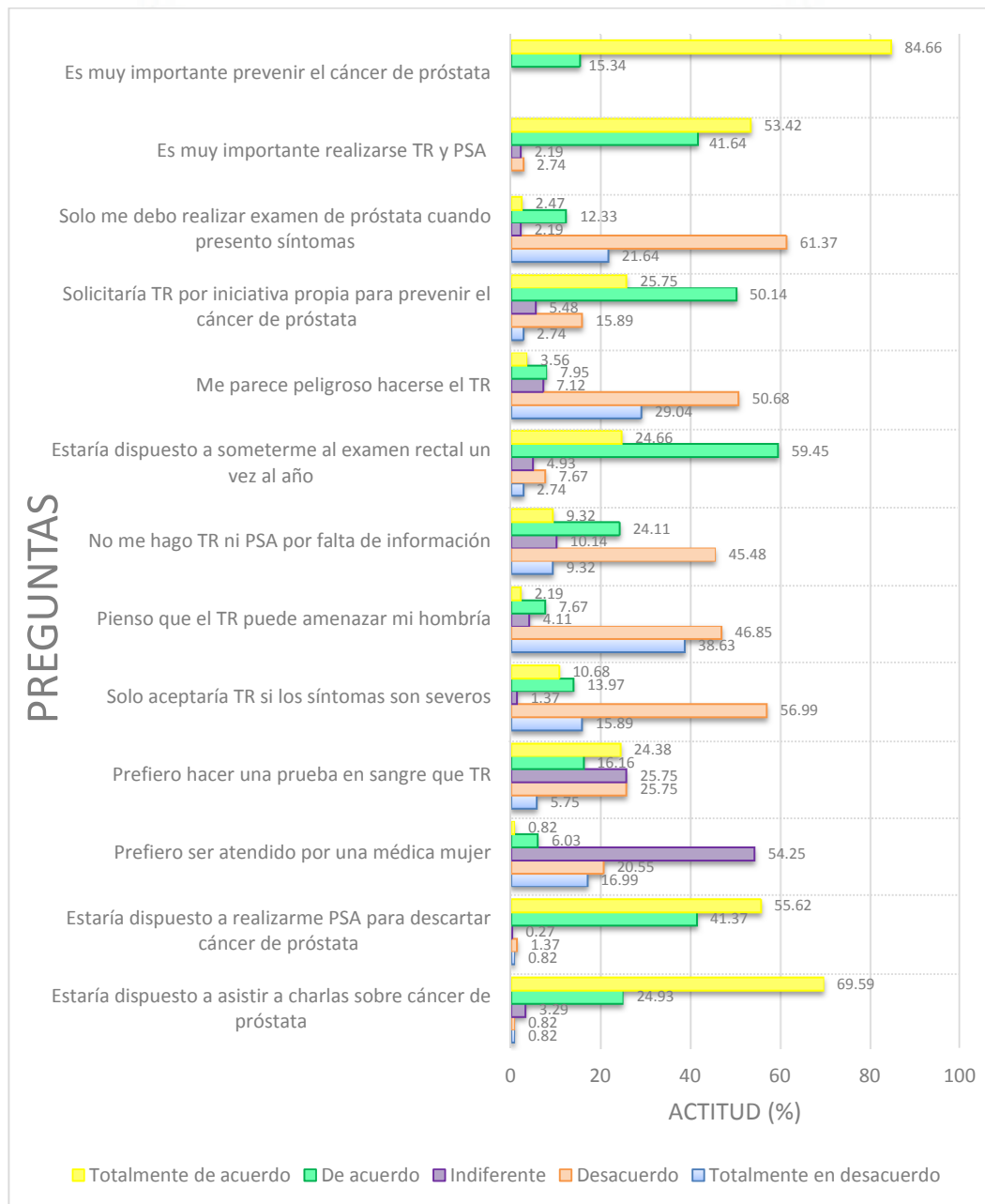
Fuente: elaboración propia

La Tabla y Gráfico 6 se observa que en la pregunta es muy importante prevenir el cáncer de próstata el 84.66% está totalmente de acuerdo, y si solicitaría por iniciativa propia el TR el 50.14% está de acuerdo, si estaría dispuesto a someterse una vez al año al tacto recto está de acuerdo el 59.45%. En la pregunta de si piensa que el TR puede amenazar la hombría el 46.85% está en desacuerdo, si solo aceptaría tacto rectal si los síntomas son severos el 56.99% está en desacuerdo.



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Gráfico 6
**Distribución de respuestas en el cuestionario de actitudes sobre la
prevención del cáncer de**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Tabla 7

**Distribución del personal policial según el tipo de práctica para
prevención del cáncer de próstata**

Tipo de práctica	N°	%
Adecuada	17	4.66
Inadecuada	114	31.23
No practica	234	64.11
Total	365	100.00

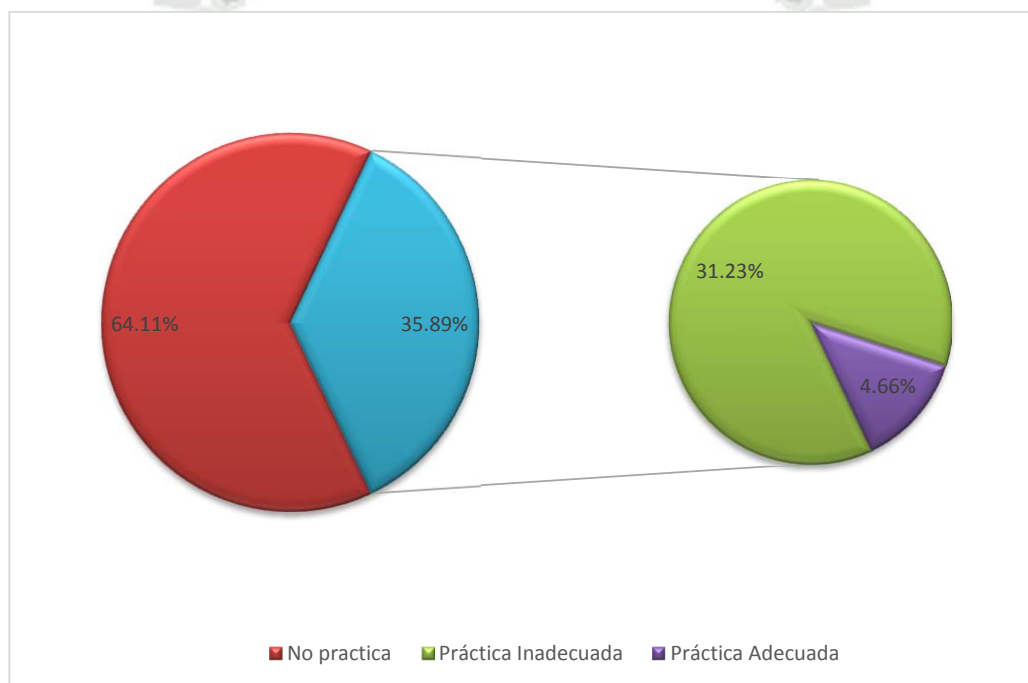
Fuente: elaboración propia

En la Tabla y Gráfico 7, el 35.89% de policías varones se han practicado alguna prueba y el 31.23% se ha realizado algún examen de pero de forma inadecuada, y 4.66% lo ha hecho en forma adecuada para la detección del cáncer de próstata y el 64.11% no se practicó ningún examen.

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Gráfico 7

**Distribución del personal policial según el tipo de práctica para
prevención del cáncer de próstata**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Tabla 8

**Distribución de preguntas del cuestionario de prácticas de prevención
del cáncer de próstata**

PREGUNTAS	Hace menos de 1 año (%)	1-5 años (%)	Más de 5 años (%)
Cuando se practicó TR	10.69	9.92	30.53
Cuando se practicó PSA	3.05	3.82	49.62
Cuando se practicó ER	0.00	2.29	5.34
RESPUESTA POSITIVA			
	(%)		
Realización del examen por prevención	77.86		
Realización del examen por síntomas	20.61		
Realización del examen a solicitud del médico	1.53		
Habló con el médico de sus resultados	88.55		
Intención de realizarse examen en un año	94.66		

PSA: Antígeno prostático específico

TR: Tacto rectal

ER: Ecografía transrectal

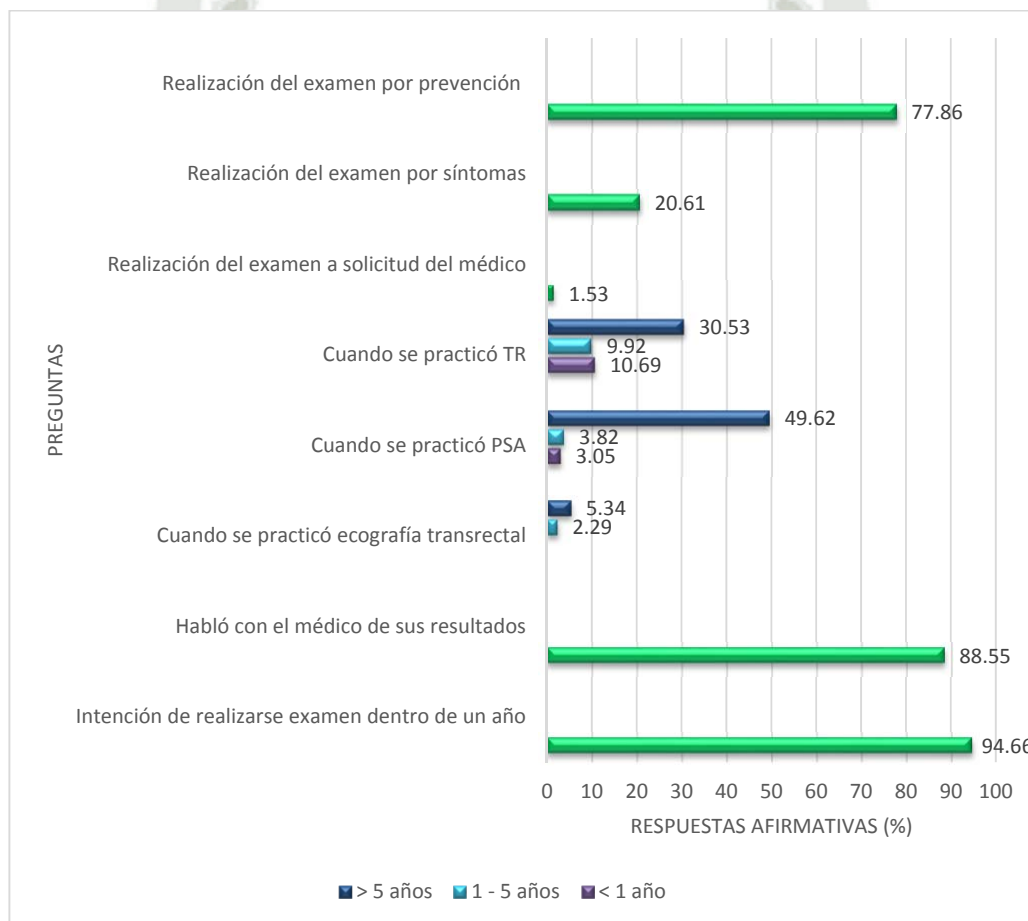
Fuente: elaboración propia

En la Tabla y Gráfico 8; de los encuestados que se había practicado una o más pruebas, el 10.69% se practicó tacto rectal hace menos de un año, el PSA se practicaron 3.05% y la ecografía transrectal el 2.29%. El 77.86% de los que se practicaron alguna prueba para el diagnóstico de cáncer lo hicieron por prevención afirman que están dispuestos a realizar un examen de PSA o tacto rectal en un año un 94.66% de las personas ya se habían realizado estos exámenes.

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES DE DETECCIÓN
TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGIÓN POLICIAL AREQUIPA 2014**

Gráfico 8

**Distribución de preguntas del cuestionario de prácticas de prevención
del cáncer de próstata**



CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de los 365 policías varones evaluados; el 59.45% de encuestados tuvieron de 40 a 49 años, el 38.36% de 50 a 59 años, y en 2.19% los policías tuvieron de 60 a 69 años. El 10.96% eran oficiales de los cuales; el total de coroneles tuvieron entre 50-59 años que equivale al 2.19% del total de encuestados; los comandantes equivalen al 3.29% del total y el 0.82% se encontraron el grupo etario de 40-49 años y 2.47% de 50-59 años; los mayores fueron el 5.48% de los cuales el 4.11% pertenecen al grupo etario de 40-49 años y 1.37% al de 50-59 años. El 65.29% eran suboficiales; de ellos suboficiales superiores equivale al 22.19%, 7.40% tuvieron entre 40-49 años, 14.25% entre 50-59 años y 0.55% entre 60-69 años; los suboficiales brigadieres representan el 19.99% del total, el 10.68% están en el grupo etario de 40-49 años, 8.49% entre 50-59 años y 0.82% de 60-69 años; los suboficiales técnicos de primera constituyen el 21.92% de los encuestados y el 16.14% se encuentran entre la edad de 40-49 años, 4.66% de 50-59 años y 0.82% de 60-69 años; los suboficiales técnicos de segunda equivales a 7.67% del total y 7.12% tuvieron entre 40-49 años, 0.55% entre 50-59 años; los suboficiales técnicos de tercera fueron el 4.11% de la totalidad de los cuales todos entraron al grupo etario de 40-49 años; los suboficiales de primera representan el 2.20% y están repartidos equivalentemente entre las edades de 40-49 años y 50-59 años, los suboficiales de segunda fueron el 5.21% de los cuales todos tuvieron entre 40-49 años. Del personal que no refirió su categoría, jerarquía ni grado representan el

5.75% de los cuales, 2.47% pertenecen al grupo etario de 40-49 años y el resto al grupo de 50-59 años.

La mayor parte de los encuestados se encontraban en el grupo etario de 40 a 49 años, se aprecia que solo una minoría tuvo entre 60-69%. En la investigación de Quiñones y cols. 2009 (26) el grupo etario predominante también fue de 40 a 49 años pero con un 30.7% y los mayores de 70 años fueron un 16.8%. En la presente investigación se aprecia que existe un predominio en el grupo etario de 40 a 59 años y un descenso brusco a partir de los 60 años y ningún encuestado de 70 años, esto se debe a que la edad de jubilación de esta institución es a los 65 años, incluso esto puede disminuir ya que al cumplir 35 años de servicio podrían jubilarse, o en algunos casos son invitados al retiro; disminuyendo así el límite de edad incluso a los 55 años, por tal motivo es que en la población estudiada no se encuentra mucha población a partir de los 60 años, sin embargo se tiene una cantidad aceptable en el grupo etario de 50-59 años, a diferencia de lo encontrado por Quiñones y cols 2009 (26) ya que su muestra es parte de la población general que reside en una comunidad.

En las categorías, jerarquías y grados de los policías evaluados; 10.96% eran oficiales, de estos 2.19% coroneles perteneciendo todos al grupo etario de 50-59 años, 3.29% comandantes de los cuales la mayoría pertenecía al grupo etario de 50-59 años, y 5.48% mayores perteneciendo mayormente al grupo etario 40-49 años. El 65.29% eran suboficiales, con predominio de suboficiales superiores con 22.19% de cuales los dos tercios tenían de 50-59 años, brigadieres 19.99% repartiéndose casi equitativamente entre las edades de 40-49 y 50-59, solo un pequeño porcentaje tuvieron de 60-69 años, técnicos de primera 21.92% con un predominio etario de 40-49 años, técnicos de segunda con 7.67% siendo en su mayoría de la edad de 40-49

años, técnicos de tercera 4.11% alcanzando todos a la edad de 40-49 años. Suboficiales de primera con 2.19% repartiéndose equitativamente entre los grupos etarios de 40-49 y 50-59 años, suboficiales de segunda 5.21% todos entre las edades de 40-49 años y un 5.75% de casos no refirió su grado policial de los cuales un porcentaje poco superior a la mitad pertenece a los 50-59 años.

No se cuenta con datos precisos sobre la distribución de las categorías, jerarquías y grados de la población policial por grupo etario, sin embargo, en el presente estudio se observa que el 10.96% representan a los oficiales lo que guarda relación con lo que la Oficina de Gestión de la Información y Estadística(17) refiere en su informe del 2012 donde los oficiales representan un 6.13% de los policías totales que trabajan en la Región Arequipa, además se observa que a mayor jerarquía y grado, mayor es al grupo etario al que pertenecen ya que para ascender uno de los requisitos es determinado número de años de servicio en la institución, por lo que se toma tal distribución.

Al preguntar a los policías si conocían exámenes para descartar el cáncer de próstata (**Tabla y Gráfico 2**) el 54.25% mencionó que conocía uno o más exámenes para el diagnóstico del cáncer de próstata, el 37.81% mencionó al tacto rectal, 12.60% al examen de PSA en sangre, un 11.23% refirió a la ecografía, y 3.01% a la biopsia, y 7.95% de policías encuestados refirieron erróneamente al examen de orina. Un 45.75% refirió no conocer las formas de diagnóstico.

Se observó que un buen porcentaje de encuestados refiere no conocer ningún examen para hacer el diagnóstico de cáncer de próstata. El examen más conocido es el tacto rectal con un total de 37.81%, según Arbeláez y col. 2012 (19) el tacto rectal

también fue el examen más conocido de detección temprana (96.5%). El tacto rectal es el examen más conocido para la detección de cáncer debido a que es un tema que se trata mucha veces con “jocosidad” siendo este el motivo por el cual se difunde, sin embargo trae consigo prejuicios o criterios erróneos, varios encuestados mencionaron además el PSA como un examen de diagnóstico no obstante algunos refirieron que esta prueba se realiza en orina si bien existen estudios respecto a este tema aún no existe nada definido, ni es por el momento una prueba establecida de diagnóstico para el cáncer de próstata, por tanto sus respuestas fueron invalidadas. Se apreció además que un grupo consideró el examen de orina como una prueba para el diagnóstico de cáncer lo cual es erróneo, esto se deba a que probablemente estos relacionan la formación de la orina con la próstata.

En la **Tabla y Gráfico 3** se muestra el resultado de la evaluación de los conocimientos del personal acerca de los exámenes para el diagnóstico de cáncer de próstata el nivel alcanzado fue bueno en 2.47%, regular en 25.75%, deficiente en 26.03% y no conoce 45.75%. Y el desarrollo del cuestionario en la **Tabla y gráfico 4**, se observa que el 46.46% conoce que el PSA es un examen que se realiza en sangre, y el 49.49% que cuando está en los rango normales es probable que no tenga cáncer. El 94.44% conoce que el tacto rectal consiste en palpar la próstata a través del recto y el 91.41% afirman que es un examen incómodo o no doloroso. Un 19.70% conoce en que consiste la ecografía transrectal. Un 35.35% indica que a los 50 años se debe de iniciar el tacto rectal y el PSA en 22.73% y que la ecografía tranrectal se inicia cuando existen otras pruebas alteradas en un 1.01%. En cuanto a la frecuencia PSA se debe realizar cada año lo afirmaron el 84-34% el tacto retal

también anualmente en un 73.74% y la frecuencia de la ecografía transrectal en un 1.01%.

En cuanto a las pruebas de diagnóstico precoz el nivel de conocimiento es deficiente para la cuarta parte de los encuestados, lo cual es contrario en el estudio de Arbeláez y col. 2012 (19) donde el 68.7% presentaron un conocimiento adecuado, en la investigación de Quiñones y cols. 2009 (26) se observó que la cantidad de hombres que tenían conocimientos era menor (45.4%), en comparación a la cantidad de los hombres que no conocían (54.6%); en el estudio de Arroll y col. 2003 (20) el 55% tenía poco conocimiento acerca de las pruebas. En cuanto a la relación que existe entre los conocimientos y la edad, se observó que los mayores de 50 años tienen una probabilidad de 1.49 mayor de tener conocimientos buenos; Quiñones y cols. 2009 (26) encontró una relación existente entre el nivel de conocimientos y el grupo etario que va desde los 40-49 años, sin embargo el Consedine y col. (22) no encontró diferencias significativas en las edades y nivel de conocimientos. Respecto a la jerarquía los oficiales presentaron 1.83 veces mayor posibilidad de tener bueno conocimientos. Arbeláez y col 2012 (19) indicó que poco menos de la mitad (45.8%) consideraron que 40 años era la edad adecuada para empezar a practicarse los exámenes en la investigación presente un poco menos de la mitad cree que se debe iniciar el PSA y el TR a la edad de 40 años, pero la cuarta parte de los encuestados respondieron correctamente que la edad de inicio de estos exámenes es a los 50 años, sin embargo un porcentaje mínimo consideraron que el inicio de estos exámenes debe ser cuando se presentan síntomas. Además Arbeláez y col 2012 (19) señalaron que el 90.4% consideraron que los exámenes deben de practicarse cada año, lo cual guarda relación con lo encontrado pero en menor proporción, los encuestados

consideraron que en TR se realice cada año en un 73.74%, otros consideraron que era excesivo el practicarse este examen cada año lo que se debe a los tabúes y prejuicios que son influenciados por los patrones culturales que han sido asignados al género masculino. Se distingue una gran diferencia entre el nivel de conocimientos encontrados en las diferentes investigaciones esto se debe probablemente a que en las investigaciones nombradas anteriormente se clasificó como conocimiento adecuado al hecho de conocer “alguno” de los dos exámenes de detección temprana del cáncer de próstata (tacto rectal o antígeno prostático específico); en la actual investigación se realizó una encuesta en la cual una nota a escala vigesimal mayor a 16 se consideró como una conocimiento bueno, siendo dificultoso así obtener una conocimiento adecuado. Respecto a que se alcanzó un mejor nivel de conocimientos a mayor edad probablemente se deba a una mayor experiencia acumulada o una mayor estancia en sus centros laborales existiendo una comunicación fluida en sus grupos de trabajos permitiendo un mejor intercambio de información sobre las prácticas de estos exámenes y su información. La investigación indica además que los oficiales tienen un mejor nivel de conocimientos esto se debe a que al poseer además a un mejor estatus socio-económico tenga mejor acceso a buena información.

En relación a las actitudes del personal evaluado hacia los exámenes para la detección del cáncer de próstata, la **Tabla y Gráfico 5** muestran que el 56.71% presentaron una actitud positiva, 41.64% mostraron una actitud indiferente y solo 1.64% tenían actitud negativa. En la **Tabla y gráfico 6**, se observa que en la pregunta es muy importante prevenir el cáncer de próstata el 84.66% está totalmente de acuerdo, y el 53.42% refiere está totalmente de acuerdo con que es muy importante realizarse TR y PSA. Con respecto a si solo me debo realizar exámenes

de próstata cuando presento síntomas el 61.37% está en desacuerdo; si solicitaría por iniciativa propia el TR el 50.14% está de acuerdo y en el ítem me parece peligroso hacerse el tacto rectal están en desacuerdo el 50.68%, y si estaría dispuesto a someterse una vez al año al tacto recto está de acuerdo el 59.45% con respecto a que no se realizan TR y PSA por falta de información el 45.48% está en desacuerdo. En la siguiente pregunta de si piensa que el TR puede amenazar la hombría el 46.85% está en desacuerdo, si solo aceptaría tacto rectal si los síntomas son severos el 56.99% está en desacuerdo, con respecto a la pregunta de si prefiere realizarse una prueba en sangre que tacto rectal el 25.75% es indiferente a cualquiera de las dos pruebas o está en desacuerdo. Si preferiría ser atendido por una médica mujer, es indiferente en 54.25% si estaría dispuesto a realizarse PSA en sangre anualmente un 55.62% está totalmente de acuerdo y si asistiría a charlas un 69.59% también está totalmente de acuerdo.

En la actual investigación la mayor parte de los encuestados presenta una actitud positiva, algo similar encontró Ashford y col 2001 (21) en el cual los resultados demostraron que la actitud era positiva en un mayor porcentaje. Diferente es el caso de Quiñones y cols. 2009 (26) indicó que un 51% presenta una actitud neutra o indiferente, algo similar indicó Arbeléz y col. 2012 (19) donde un 56,6 % (IC 95 %: 45,4-67,9) de los participantes presentaron una actitud inadecuada sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata. Probablemente en la población policial predomine la actitud positiva debido a las charlas a las que son expuestos anualmente, concientizándose a esta población sobre la importancia de la detección temprana del cáncer de próstata, además en el caso de las publicaciones de Arbeléz y col. 2012(19) y Quiñones y cols. 2009 (26) la

población estudiada en su mayoría (97.6% y 88.7 %) presentan un grado de instrucción de secundaria o menor, a diferencia de la institución policial donde es obligatorio a ver completado este nivel de estudios; y en todas las investigaciones revisadas se observa que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de actitud y el grado de instrucción, por tanto es claro que exista tal diferencia entre resultados. Se observó que los encuestados está en desacuerdo en realizarse pruebas solo cuando se presentan síntomas, lo que no es congruente con lo que indicó Arbeláez y col 2012 (19) ni Quiñones y cols. 2009 (26) donde la mayoría refiere que solo se iniciarían los exámenes auxiliares si presentan síntomas urinarios, lo cual se debe nuevamente al mejor grado de instrucción que contamos en esta investigación, además de las charlas que estos pudieran recibir anualmente. Se observó además hay una distribución casi homogénea entre aquellos que están totalmente de acuerdo (24.38%), en desacuerdo (25.75%) y los de actitud indiferente (25.75%) respecto a los que prefieren hacerse una prueba en sangre que tacto rectal; distinto a lo señalados por Arbeláez y col 2012 (19) donde se prefiere el PSA luego la ecografía transrectal y finalmente el tacto rectal y Quiñones y cols. 2009 (26) encontró lo mismo en su investigación, tal diferencia se debe nuevamente a la concientización de estos en las charlas que reciben ya que indagando por los motivos de sus respuestas aquellos que refirieron estar en desacuerdo señalaron que en las charlas les indicaron que la mejor prueba para detección del tacto, los que tuvieron una actitud indiferente indicaron que esperarían una sugerencia del médico para realizarse alguna de las prueba y estaría dispuestos a someterse a cualquier prueba si el medico lo sugiere, sin embargo, un porcentaje similar estaba totalmente en de acuerdo en preferir una prueba en sangre que el tacto lo que nos muestra que a pesar

de las charla persisten aun tabúes y prejuicios. Un gran porcentaje (75.89%) señaló que está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con que el tacto rectal amenace la hombría lo mismo señaló Arbeláez y col. 2012 (19) y del mismo modo indicó que la opinión sobre solicitar el tacto rectal por iniciativa propia permanece dividida 36.1% desacuerdo y 33.7% de acuerdo, en nuestra investigación 76% solicitaría esta prueba, lo cual refleja un grado bueno sobre la apreciación y concientización a esta prueba. Se reportó que el 24.66% estaría totalmente de acuerdo y 59.45% estaría de acuerdo con someterse a tacto rectal una vez al año si fuera necesario, con respecto al someterse al PSA un 55.62% está totalmente de acuerdo y 41.37% de acuerdo para realizarlo, se observa claramente la disposición a ser sometido anualmente a una prueba de sangre que a un tacto rectal por ser considerado este como una prueba incómoda. Además también se indican los encuestados que es indiferente (54.25%) si son atendidos por un médico varón o mujer ya que según señalan ambos son profesionales de salud lo cual no modificaría su conducta para ser atendidos.

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra la proporción de policías que se han realizado algún examen para la detección del cáncer; el 35.89% de policías varones se han practicado alguna prueba. Cuando se evalúa la calidad de la práctica de los exámenes, el 31.23% ha realizado los exámenes de pero de forma inadecuada, y 4.66% lo ha hecho en forma adecuada para la detección del cáncer de próstata. En la **Tabla o gráfico 8** se observa que el 77.86% de los que se practicaron alguna prueba para el diagnóstico lo hicieron por prevención del cáncer y el 20.61% por que presentó síntomas, y el 1.53% por el médico lo indicó; Entre aquellos que se realizaron una o más pruebas el 10.69% se practicó tacto rectal hace menos de un año, 9.92% entre 1 a 5 años y el 30.53% hace más de 5 años. PSA 3.05% en el

último año y el 49.62% hace más de 5 años. Y un 5.34% se practicó una ecografía transrectal hace más de 5 años. De estos el 88.55% hablo con el médico de los resultados de dichas pruebas y afirman que están dispuestos a realizar un examen de PSA o tacto rectal en un año un 94.66% de las personas ya se habían realizado estos exámenes. En la investigación de Quiñones y cols. 2009 (26) indicó que el porcentaje de individuos que nunca se habían realizado ninguno de los tipos de pruebas de escrutinio supera considerablemente a los que se las realizaron, en contraste Arbeláez y col. 2012 (19) indicaron que el 57.8% confirmaron haberse practicado alguno de los exámenes de próstata alguna vez y el 61.4% de lo que hubieron alguna practica la realizaron de forma inadecuada. Se observa que en la presente investigación la mayoría de las personas que se sometieron a algún tipo de prueba lo hicieron hace más de 5 años esto puede deberse a que años atrás estos exámenes eran rutinarios en la revisión médica que se realizan los policías anualmente. En esta investigación el principal motivo por el que se practicaron alguna prueba fue por prevención, y la mayoría refiere la intención que realizarse el tacto rectal o el PSA en los próximos 12 meses, lo mismo señalo en su investigación Arbeláez y col. 2012(19). Estos datos reflejan un grado alto de intención o concientización hacia la conducta de prevenir y realizarse un diagnostico precoz oportuno del cáncer de próstata.

Se ha encontrado una relación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre el nivel de conocimientos y la práctica, aquellos que tienen un nivel de conocimientos bueno tienen 1.97 mayor posibilidad de haberse practicado algún tipo de screening para el cáncer de próstata, Arbelaés y col. 2012 (19) encontró una asociación entre los conocimientos y las prácticas y se identificaron más prácticas adecuadas en los hombres con conocimientos adecuados. Ya que el conocimiento permite controlar

nuestra capacidad de decidir a qué pruebas debemos de someternos sin embargo aún juega un papel muy importante los tabúes que carguemos con nosotros lo que limitan la práctica de algunos exámenes. Respecto a los que conocían la prueba de PSA en sangre y la práctica de este examen presentaron 3.91 probabilidades de habérsela realizado que aquellos que la conocían en comparación a los que referían no conocerla ($p < 0.001$), Quiñones y cols. 2009 (26) señaló que existió relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica del PSA como prueba de escrutinio del cáncer de próstata ($p = 0.0004$), ya que el 84.61% que no se realizan PSA no conocen dicha prueba, ya que los encuestados que no conocían el PSA (87.4%) no sabían que una forma de screening para el cáncer de próstata se podía realizar mediante exámenes de sangre.

Los que refirieron conocer el tacto rectal presentaron 1.69 más probabilidad para realizarse el examen, respecto a los que no conocían de esta prueba para el diagnóstico de cáncer de próstata ($p = 0.01652$), el estudio de Whaley (28) demostró que existe relación entre nivel de conocimiento con el uso del tacto rectal y Romero y cols. 2008 (27) señaló que el 84% de los que rechazaron el tacto rectal tenían un concepto erróneo sobre el cribaje del cáncer de próstata.

También se observó una relación estadísticamente significativa entre la actitud y la práctica, aquellos que tenían una actitud positiva presentaron 1.51 más posibilidades de haberse realizado algún examen, en comparación de los no tuvieron actitud positiva, el estudio de Ashford y col 2001 (21) mostró que hubo una relación entre la práctica de tacto rectal y el PSA con una actitud favorable hacia el tamizaje, Arbeláez y col. 2012 (19) reportó que el tener prácticas adecuadas en los hombres

con actitudes adecuadas fue de 1,8 veces que los hombre con actitudes inadecuadas. Ya que la actitud es la intención hacia una conducta es de suma importancia la relación entre en esta y la práctica de cualquier tipo de prueba diagnóstica, los encuestados reportan que mediante las charlar que reciben son fomentados a tener mejores actitudes y por tanto mayor predisposición a practicarse alguna prueba, sin embargo actualmente no se fomenta de forma adecuada la práctica de estas pruebas, lo que se ve reflejado que en los últimos 5 años el nivel de práctica se ha reducido con respecto por ejemplo al tacto rectal y prueba del PSA.





CONCLUSIONES

- Primera.** Los policías varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa durante el periodo enero-febrero 2014 tienen una edad promedio de 54.5 años, siendo en su mayoría de categoría de suboficiales, y a mayor jerarquía y grado, mayor edad.
- Segunda.** El nivel de conocimientos sobre los exámenes de detección temprana resultó que no conoce ningún examen el 45.48% y de aquellos que conocen algún examen el 52.02% tienen un conocimiento bueno/regular, los que refirieron conocer el examen de tacto rectal y antígeno prostático específico tuvieron mayor probabilidad de practicarse estos exámenes.
- Tercera.-** El nivel de actitud sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata fue de actitudes negativas en 1.64%, indiferentes en 41.64% y positivas en 56.71%, además que aquellos que tenían mejor actitud presentaron más posibilidades de practicarse algún examen.
- Cuarta.-** El 35.89% de policías varones mayores de 40 años se ha realizado exámenes de detección temprana del cáncer de próstata, de manera inadecuada el 31.23% y solo el 4.66% de manera adecuada y tienen la intención de realizarse algún examen de prevención el 94.66% de los que se practicaron algún examen.

RECOMENDACIONES

- 1) A la comunidad universitaria ahondar sobre temas de la prevención primaria y en el caso de que un enfermedad como el cáncer de próstata no nos permita hacer este tipo de prevención, fortalecer las prueba de screening para un diagnóstico precoz por lo cual es de suma importancia conocer la opinión y nivel de adherencia de la población a dichos estudios.
- 2) A la Región policial, fortalecer las charla informativas sobre el cáncer de próstata durante la ficha médica, y sugerir a los policías participar de las pruebas de screening para un diagnóstico precoz.
- 3) A la Región de Salud fomentar compañías para la prevención de esta enfermedad y crear un programa continuo para la concientización y prevención del cáncer de próstata.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

1. BELLMUNT MJ, Carles GJ, Lorente GJ, Foro AP, Albiol RS, Lozano GJ, et al: Oncología: Cáncer de próstata. España, Aran S. L., 2007.
2. DAWES RM: Fundamentos y técnicas de medición de actitudes. México, Limusa, S.A, 1975.
3. GRETZER MB, Partin AW: Marcadores tumorales del cáncer de próstata. En: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, editores: Campbell-Walsh Urología, Vol 3. 9ª ed. Argentina, Médica Panamericana, 2008. p. 2896-2911.

MONOGRAFIA:

4. AGÜERO R, Lugo N, Gavidia R, Maradei I, Herrera E, Pascuzzo C: Escala de Actitud [Internet]. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado [fecha de acceso 12 de febrero del 2014]. Disponible en: <http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/DEPARTAMENTOS/cienciasfuncionales/farmacolog%C3%ADa/Acti.pdf>.
5. American Cancer Society: Cáncer de próstata [Internet]. ACS: Organización; 2010 [actualizado en octubre del 2013; fecha de acceso 07 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002319-pdf.pdf>.
6. Asociación Española contra el cáncer: Cáncer de próstata [Internet]. Madrid; 2012 [actualizado en abril del 2012; fecha de acceso 07 de enero del 2014]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdeprostata/Paginas/fases.aspx>.
7. European society for medical oncology: Cáncer de próstata: Una guía para pacientes [Internet]. 2012 [actualizado en 2012; fecha de acceso 07 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.esmo.org/content/download/6628/115197/file/ESMO-RCT-Cancer-de-Prostata-Guia-para-Pacientes.pdf>.

8. Filosofía: Teoría del conocimiento [Internet]. [fecha de acceso 11 de febrero del 2014]. Disponible en: <http://www.mercaba.org/Filosofia/PDF/Tor%C3%ADa%20del%20Conocimiento.pdf>.
9. Grupo de investigación Edufísica: Las Actitudes [Internet]. [fecha de acceso 12 de febrero del 2014]. Disponible en: <http://www.edufisica.com/Formato.pdf>.
10. HEIDENREICH A, Bolla M, Joniau S, Mason M, Matveev V, Mottet N, et al: Guía clínica sobre el cáncer de próstata [Internet]. 2nd ed. Asociación Europea de Urología [actualizado en abril del 2010; fecha de acceso 07 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.uroweb.org/gls/pdf/spanish/01-%20GUIA%20CLINICA%20SOBRE%20EL%20CANCER%20DE%20PROSTATA.pdf>.
11. HERNÁNDEZ A: Guía para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata [Internet]. Lima: Sociedad Peruana de Urología; 2006 [actualizado en junio del 2006; fecha de acceso 07 de enero del 2014]. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.spu.org.pe%2Fguiadetrabajo%2Fcancer%2520de%2520prostata.doc&ei=Rc_OUrCIFNTPsASR84HoCw&usg=AFQjCNFArKwEz_0E8qNrQ-XNz-Knfb2q4A&bvm=bv.59026428,d.cWc.
12. Instituto nacional del Cáncer: Examen digital del recto y antígeno prostático específico [Internet]. USA; 2013 [actualizado en diciembre 2013; fecha de acceso 07 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/deteccion/prostata/HealthProfessional>.
13. JIMÉNEZ M, Solares M, Martínez P, Aguilar J, Martínez J, Hinojosa J, et al: Cáncer de próstata [Internet]. Mexico: ONCOguia; 2011 [actualizado en febrero del 2011; fecha de acceso 07 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1298053652.pdf>.
14. MARTÍNEZ A, Ríos F: Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado [Internet]. Chile: Facultad de Ciencias Sociales

- Universidad de Chile; 2006 [actualizado en diciembre del 2006; fecha de acceso 11 de febrero del 2014]. Disponible en: <http://www.facso.Uchile.cl/publicaciones/moebio/25/martinez.htm>.
15. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables: VI Informe del cumplimiento de la ley de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombre [Internet]. Lima: 2012 [fecha de acceso 07 de enero del 2014]. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/images/stories/novedades/vi_informe_del_cumplimiento_LIO.pdf.
 16. Nacional Cancer Institute: El cáncer de próstata [Internet]. 2012 [actualizado en octubre del 2012; fecha de acceso 07 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/prostata-instantaneas.pdf>
 17. Oficina de Gestion de la información y estadística: Carpeta georeferencial-Arequipa [Internet]. Lima: 2012 [fecha de acceso 07 de enero del 2014]. Disponible en: http://www.congreso.gob.pe/apoyo_mesa/pdfVINCULADOS/AREQUIPA/DEPARTAMENTO%20DE%20AREQUIPA%20P.E.pdf.
 18. Universidad Complutense Madrid: ¿Cómo evaluar los conocimientos y habilidades adquiridos en la formación? [Internet]. Madrid [fecha de acceso 12 de febrero del 2014]. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/Psyap/calidad/formacio/index21.htm>.

ARTÍCULOS

19. ARBELÁEZ RJ, Montealegre HN: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombre de dos comunas de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2012 [Fecha de acceso 07 de enero del 2014]; Vol 30 (3): p.300-309. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000300006&lng=en.
20. ARROLL B, Pandir S, Buetow S: Prostate cancer screening: knowledge, experiences and attitudes of men aged 40-79 years. NZMJ [Internet]. 2003 [Fecha de acceso 05 de enero del 2014]; Vol 116 (1176): p.1-8. Disponible

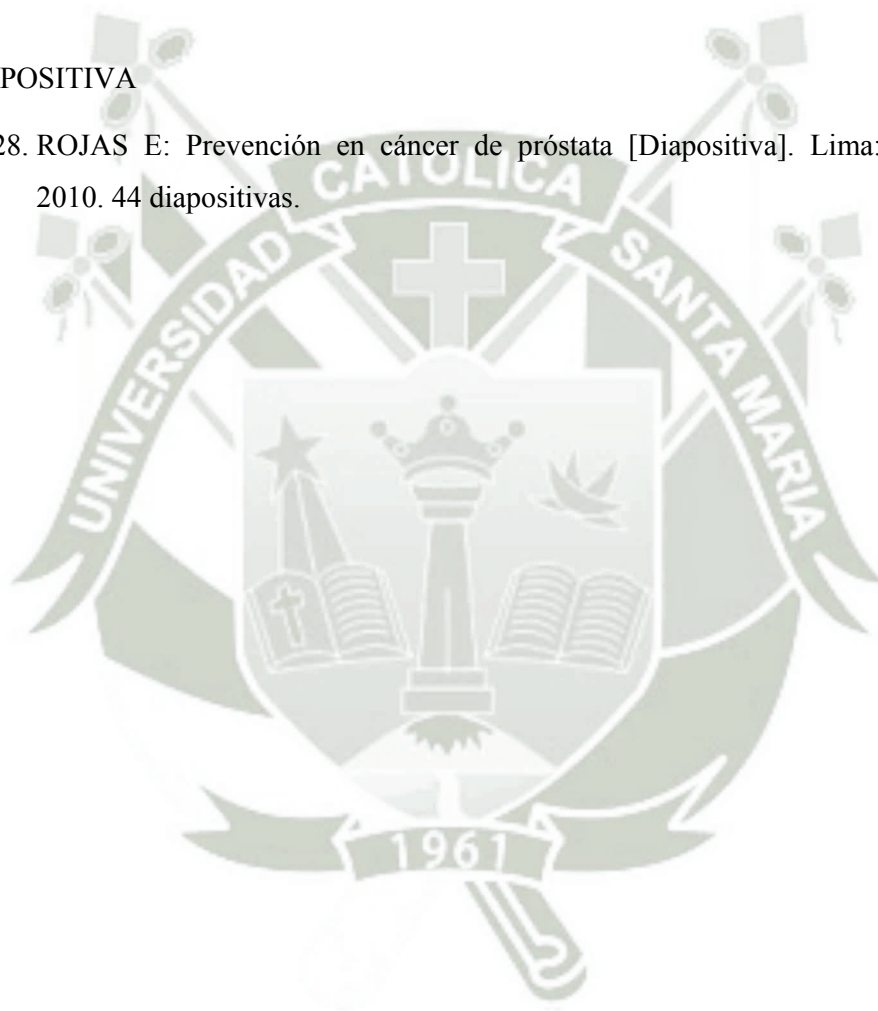
- en: <https://researchspace.auckland.ac.nz/bitstream/handle/2292/4652/12835805.pdf?sequence=1>.
21. ASHFORD AR, Albert SM, Hoke G, Cushman L, Miller D, Bassett M: Prostate carcinoma knowledge, attitudes, and screening behavior among African-American men in Central Harlem. Pub Med [Internet]. 2001 [Fecha de acceso 05 de enero del 2014]; Vol 91 (1): p.164-172. Disponible en: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142\(20010101\)91:1%3C164::AID-CNCR21%3E3.0.CO;2-A/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(20010101)91:1%3C164::AID-CNCR21%3E3.0.CO;2-A/full).
 22. CONSEDINE N, Horton D, Ungar T, Joe A, Ramirez P, Borrell L, et al: Knowledge, and efficacy beliefs differentially predict the frequency of digital rectal examination versus prostate specific antigen screening in ethnically diverse samples of older men. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev [Internet]. 2008 [Fecha de acceso 05 de enero del 2014]; Vol 17: p.1631-1639. Disponible en: <http://cebp.aacrjournals.org/content/17/7/1631.full.pdf+html>.
 23. HUAPAYA C, Lizarralde F, Vivas J, Arona G: Modelo de evaluación del conocimiento en un Sistema Tutorial Inteligente. TE&ET [Internet]. 2007 [Fecha de acceso 07 de enero del 2014]; (Nº3): p.20-29. Disponible en: <http://teyet-revista.info.unlp.edu.ar/files/No2/TEYET2-art02.pdf>.
 24. OSPINA R, Sandoval J, Aristizábal B, Ramírez G: La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia. Scielo [Internet]. 2005 [Fecha de acceso 07 de enero del 2014]; Vol 23 (1): p.14-29. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v23n1/v23n1a02.pdf>.
 25. QUIÑONES Z, Ovalles J, Tejada J, Faringthon, Guzmán K, Hernández L, et al: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el escrutinio de cáncer de próstata en hombres mayores de 40 años. AMP [Internet]. 2009 [Fecha de acceso 07 de enero del 2014]; Vol 1 (2): p.77-84. Disponible en: <http://portal.pucmm.edu.do/STI/campus/Facultades/Salud/departamentos/medicina/Documents/AMP2009Vol1No2.pdf>.
 26. ROMERO F, Santos K, Brenny T, Pilati R, Kulysz D, de Olivera F: Reasons why patients reject digital rectal examination when screening for prostate cancer. Arch. Esp. Urol. [Internet]. 2008 [Fecha de acceso 05 de enero del

2014]; Vol 61 (6): p.759-765. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v61n6/19.pdf>.

27. WHALEY QM: The relationship between perceived barriers and prostate cancer screening practices among African-American men. DigiNole Commons [Tesis Electrónica] 2006 [Fecha de acceso 05 de enero del 2014]; Disponible en: <http://diginole.lib.fsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5168&context=etd>.

DIPOSITIVA

28. ROJAS E: Prevención en cáncer de próstata [Diapositiva]. Lima: INEN; 2010. 44 diapositivas.





Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha _____

DATOS BASICOS

- Edad:
 - 40-49 años
 - 50-59 años
 - 60-69 años
 - >70 años
- Grado o jerarquía de policía: _____
- Ocupación en la institución policial:
 - Solo policía
 - Profesional de salud
 - Administrativo
 - Otro: _____
- Con que frecuencia participa de la ficha médica:
 - Nunca
 - Una vez al año
 - Cada dos años
 - Cada tres años
 - Hace más de cinco años

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

A continuación encontrará unas preguntas acerca de los exámenes de detección y prevención del cáncer de próstata. Conteste todas las preguntas, con una sola alternativa. Los resultados servirán para determinar cuánto sabe Ud. Acerca de estos exámenes auxiliares.

Ficha _____

1. ¿Conoce de algún examen para el diagnóstico de cáncer de próstata?

No Sí. ¿Cual? _____

2. El Antígeno prostático específico es una prueba de laboratorio y se realiza en:

- a) Orina
- b) Sangre
- c) Se puede realizar en sangre y en orina
- d) No conozco

3. Si el examen en sangre (antígeno prostático específico) sale en sus rangos normales:

- a) Definitivamente no tengo cáncer de próstata, pero debo realizarme controles
- b) Probablemente no tengo cáncer de próstata, pero debo realizarme controles
- c) No conozco

4. El tacto rectal consiste en:

- a) Palpar la próstata a través del recto
- b) Consiste en palpar todos los genitales masculinos
- c) No conozco

5. Considero que el tacto rectal es un examen:

- a) Doloroso
- b) No doloroso
- c) Incomodo

6. La ecografía transrectal:

- a) Es una ecografía para ver recto

- b) Es una ecografía para ver próstata
- c) No conozco

**7. Cuando CREE que se recomienda iniciar los siguientes exámenes:
(maque con "X")**

	>20 años	>30 años	>40 años	>50 años	>60 años	Solo si presento síntomas	Otro motivo
El examen en sangre para diagnosticar cáncer (PSA)							
Tacto rectal							
Ecografía transrectal							

8. Con que frecuencia CREE que se debe realizar los siguientes exámenes: (maque con "X")

	Cada 5años	cada 4años	Cada 3años	Cada 2años	Cada año	Cada 6meses	Solo una vez	Cuando sea necesario
El examen en sangre para diagnosticar cáncer (PSA)								
Tacto rectal								
Ecografía rectal								

NIVEL DE ACTITUD

Conteste las siguientes preguntas con la opinión que más se parezca a lo que Ud. haría ante la situación propuesta.

No existen respuestas correctas o incorrectas, sólo se busca conocer su opinión.

Ficha _____

(Marque con “X”)

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
Es muy importante prevenir el cáncer de próstata					
Es muy importante realizarse tacto rectal y del antígeno prostático específico para diagnóstico temprano de cáncer					
Solo me debo realizar examen de próstata cuando presento síntomas					
Solicitaría el tacto rectal por iniciativa propia para la prevención del cáncer de próstata					
Me parecer peligroso hacerse el tacto rectal					
Estaría dispuesto a someterme al examen de tacto rectal una vez al año					
No me hago tacto rectal ni el examen en sangre (PSA) para diagnosticar cáncer por falta de información					
Pienso que el tacto rectal puede amenazar mi hombría					
Solo aceptaría un examen rectal si los síntomas son severos					
Prefiero hacerme una prueba en sangre que el tacto rectal					
Prefiero ser atendido por una médico mujer					
Estaría dispuesto a realizarme exámenes anuales de sangre para descartar cáncer de próstata					
Estaría dispuesto a asistir a charlas sobre cáncer de próstata					

CUESTIONARIO SOBRE LA PRÁCTICA

A continuación conteste las siguientes preguntas respecto a los exámenes que se pudo haber realizado con respecto al cáncer de próstata.

Ficha _____

1. ¿Alguna vez se realizó exámenes para descartar cáncer de próstata?

Sí No

Si su respuesta fue no, gracias por su atención.

Si su respuesta fue sí, continúe respondiendo las siguientes preguntas

2. ¿Cuál fue el motivo por el que se realizó los exámenes?

Presentaba síntomas Prevención del cáncer de próstata

Otro motivo: _____

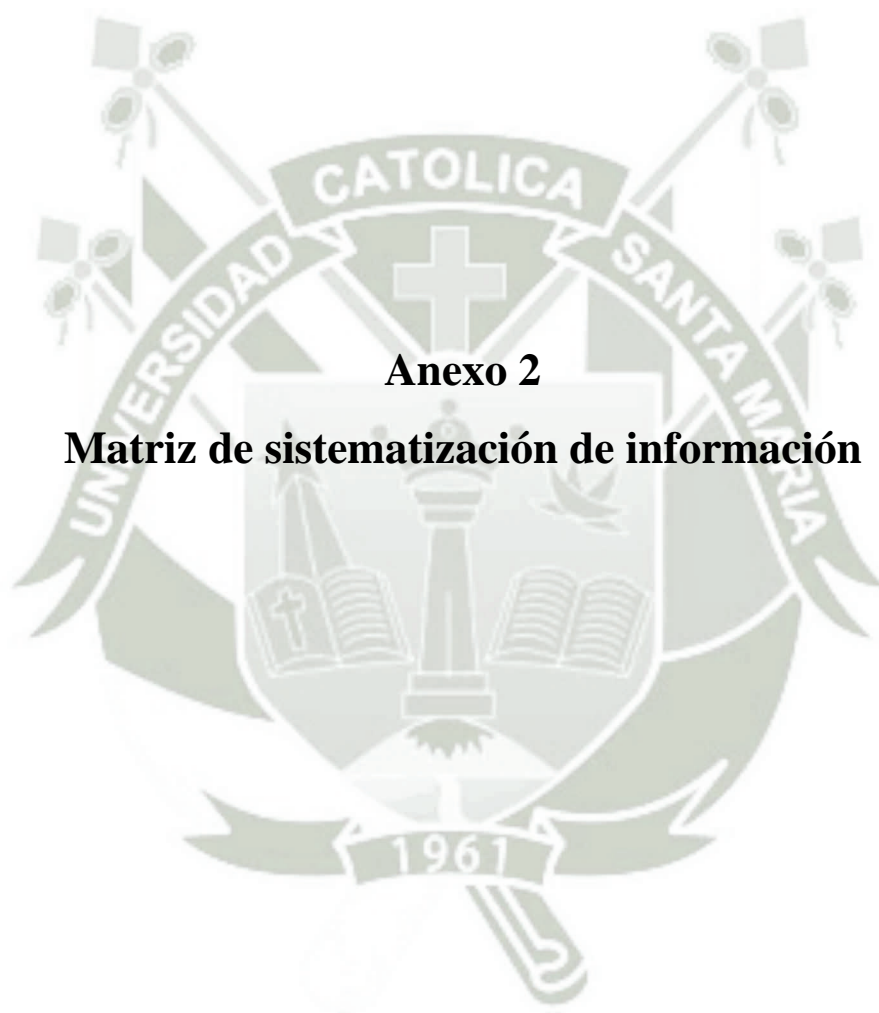
3. ¿Qué examen(es) y cuando se lo(s) realizó?

	Hace un año o menos	Hace más de un año menos de 5 años	Hace más de 5 años
Tacto Rectal			
Ecografía transrectal			
Examen en sangre (PSA)			
Otro, especifique:			

4. ¿Hablo con su médico de los resultados? Sí No

5. ¿Tiene la intención de realizarse el tacto rectal o Antígeno prostático en los próximos 12 meses?

Sí No ¿Por qué?: _____



Anexo 2

Matriz de sistematización de información

N°	Edad	Grado	Conocimiento	Actitud	Práctica
1	1	-	Regular	Positiva	Inadecuada
2	1	SOT2	Deficiente	Indiferente	No practica
3	2	-	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
4	2	SOS	Regular	Indiferente	No practica
5	2	SOT1	Deficiente	Positiva	Adecuada
6	2	SOB	Deficiente	Positiva	No practica
7	2	SOS	Regular	Positiva	Inadecuada
8	1	SOT2	Regular	Positiva	Inadecuada
9	1	SOB	Deficiente	Positiva	Inadecuada
10	1	SOT2	Deficiente	Positiva	No practica
11	2	SOS	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
12	1	SOT3	Deficiente	Positiva	No practica
13	2	SOS	Deficiente	Positiva	No practica
14	1	SOT2	Deficiente	Positiva	No practica
15	2	SOS	Deficiente	Positiva	No practica
16	1	Mayor	Regular	Positiva	Adecuada
17	1	SO2	Deficiente	Indiferente	No practica
18	1	SOT1	Deficiente	Positiva	No practica
19	2	SO1	Deficiente	Positiva	No practica
20	1	Mayor	Deficiente	Positiva	No practica
21	2	Coronel	Regular	Positiva	Inadecuada
22	1	SOS	Deficiente	Positiva	Inadecuada
23	1	Mayor	Deficiente	Indiferente	No practica
24	1	SOS	Deficiente	Positiva	No practica
25	2	SOS	Regular	Indiferente	Inadecuada
26	1	SOS	Deficiente	Positiva	Inadecuada
27	1	SOS	Deficiente	Positiva	No practica
28	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
29	2	Comand.	Regular	Positiva	Inadecuada
30	1	Mayor	Regular	Positiva	Inadecuada
31	1	SO2	Deficiente	Positiva	No practica
32	1	SOB	Deficiente	Positiva	No practica
33	2	SOB	Deficiente	Positiva	No practica
34	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
35	1	SOB	Deficiente	Positiva	Inadecuada
36	1	SOB	Deficiente	Negativa	No practica
37	1	SOB	Deficiente	Positiva	Inadecuada
38	1	SOB	Deficiente	Positiva	No practica
39	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
40	1	SO2	Deficiente	Positiva	No practica
41	1	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica

42	2	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
43	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
44	2	Coronel	Regular	Positiva	Adecuada
45	1	Mayor	Deficiente	Positiva	No practica
46	2	SOS	Regular	Positiva	Deficiente
47	2	SOT1	Deficiente	Positiva	No practica
48	2	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
49	1	SO2	Deficiente	Positiva	No practica
50	1	SOT1	Regular	Positiva	No practica
51	1	SOB	Regular	Positiva	Inadecuada
52	1	SOS	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
53	2	SOS	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
54	1	SOS	Regular	Positiva	Inadecuada
55	1	SOT1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
56	1	SOB	Deficiente	Positiva	Inadecuada
57	1	SOT1	Regular	Positiva	No practica
58	2	-	Regular	Indiferente	Adecuada
59	1	SOB	Regular	Positiva	Inadecuada
60	2	-	Regular	Positiva	No practica
61	1	SOS	Regular	Indiferente	Inadecuada
62	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
63	2	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
64	1	SOT1	Deficiente	Positiva	No practica
65	1	SOS	Regular	Positiva	Inadecuada
66	1	SOB	Regular	Indiferente	No practica
67	1	Comand	Deficiente	Positiva	Inadecuada
68	1	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
69	2	SOS	Deficiente	Positiva	No practica
70	2	Comand	Regular	Positiva	No practica
71	2	-	Bueno	Positiva	Adecuada
72	1	-	Deficiente	Indiferente	No practica
73	2	Mayor	Regular	Positiva	No practica
74	2	SOB	Deficiente	Positiva	Adecuada
75	1	SOT1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
76	2	Mayor	Deficiente	Indiferente	No practica
77	1	SOT1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
78	2	SOT1	Deficiente	Positiva	No practica
79	2	SOS	Regular	Positiva	Inadecuada
80	2	SOT1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
81	1	SOT1	Deficiente	Positiva	No practica
82	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
83	1	SOT2	Deficiente	Positiva	No practica
84	2	SOB	Deficiente	Positiva	No practica

85	1	SOT2	Deficiente	Indiferente	No practica
86	2	SOB	Deficiente	Positiva	No practica
87	1	SO2	Regular	Indiferente	No practica
88	1	SOT1	Deficiente	Positiva	No practica
89	2	SOS	Deficiente	Positiva	No practica
90	1	SOT1	Deficiente	Positiva	No practica
91	1	-	Deficiente	Indiferente	No practica
92	1	SOS	Deficiente	Positiva	Inadecuada
93	1	SOT2	Deficiente	Positiva	No practica
94	1	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
95	1	-	Deficiente	Indiferente	No practica
96	2	-	Deficiente	Indiferente	No practica
97	1	SOT3	Deficiente	Positiva	Inadecuada
98	1	SOT3	Regular	Positiva	No practica
99	2	-	Regular	Positiva	Inadecuada
100	2	SOB	Regular	Positiva	No practica
101	3	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
102	2	SOT1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
103	2	SOS	Deficiente	Negativa	No practica
104	2	SOT2	Regular	Positiva	Inadecuada
105	1	SO1	Regular	Positiva	No practica
106	2	SOB	Bueno	Positiva	No practica
107	1	SOT2	Regular	Positiva	No practica
108	2	Coronel	Regular	Positiva	Inadecuada
109	1	SOT1	Regular	Positiva	No practica
110	1	SOT3	Regular	Positiva	Adecuada
111	3	SOT1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
112	1	SOT3	Deficiente	Positiva	No practica
113	2	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
114	2	SOS	Regular	Indiferente	Inadecuada
115	1	SOT2	Deficiente	Positiva	No practica
116	2	SOB	Deficiente	Indiferente	Deficiente
117	2	SO1	Regular	Indiferente	No practica
118	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
119	2	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
120	2	SOS	Regular	Positiva	Inadecuada
121	1	SOT2	Regular	Positiva	Inadecuada
122	2	SOB	Deficiente	Positiva	Inadecuada
123	1	SOT2	Deficiente	Positiva	No practica
124	1	SO2	Deficiente	Indiferente	No practica
125	1	SOT3	Deficiente	Positiva	No practica
126	2	SOB	Deficiente	Positiva	No practica
127	1	SO2	Deficiente	Positiva	No practica

128	2	SOS	Deficiente	Positiva	No practica
129	1	Mayor	Regular	Positiva	Adecuada
130	1	SO2	Deficiente	Indiferente	No practica
131	1	SOT1	Deficiente	Positiva	No practica
132	2	SO1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
133	1	Mayor	Deficiente	Positiva	No practica
134	2	Coronel	Regular	Positiva	Inadecuada
135	1	SOS	Deficiente	Positiva	Inadecuada
136	1	Mayor	Deficiente	Indiferente	No practica
137	2	SOS	Deficiente	Positiva	No practica
138	2	SOS	Regular	Indiferente	Inadecuada
139	1	SOS	Deficiente	Positiva	Inadecuada
140	1	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
141	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
142	2	Comand	Regular	Positiva	Inadecuada
143	1	Comand	Regular	Indiferente	Inadecuada
144	1	SO2	Deficiente	Positiva	No practica
145	1	SOB	Deficiente	Positiva	No practica
146	2	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
147	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
148	1	SOB	Deficiente	Positiva	Inadecuada
149	1	SOB	Deficiente	Negativa	No practica
150	1	SOB	Deficiente	Positiva	Inadecuada
151	1	SOB	Deficiente	Positiva	No practica
152	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
153	1	SO2	Deficiente	Positiva	No practica
154	1	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
155	2	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
156	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
157	2	Coronel	Regular	Positiva	Adecuada
158	1	Mayor	Deficiente	Indiferente	No practica
159	2	SOS	Regular	Indiferente	Inadecuada
160	2	SOT1	Deficiente	Positiva	No practica
161	2	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
162	1	SO2	Deficiente	Positiva	No practica
163	1	SOT1	Regular	Positiva	No practica
164	1	SOB	Regular	Positiva	Inadecuada
165	1	SOS	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
166	2	SOS	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
167	1	SOS	Regular	Positiva	Inadecuada
168	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
169	1	SOB	Deficiente	Positiva	Inadecuada
170	1	SOT1	Regular	Positiva	No practica

171	2	-	Regular	Indiferente	Adecuada
172	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
173	2	-	Regular	Positiva	No practica
174	1	SOS	Regular	Indiferente	Inadecuada
175	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
176	2	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
177	3	SOS	Bueno	Positiva	Inadecuada
178	1	SOB	Bueno	Indiferente	No practica
179	1	Comand	Deficiente	Positiva	Inadecuada
180	1	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
181	2	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
182	2	Comand	Regular	Positiva	No practica
183	2	-	Bueno	Positiva	Inadecuada
184	1	-	Deficiente	Indiferente	No practica
185	2	Mayor	Regular	Positiva	No practica
186	2	SOB	Deficiente	Indiferente	Adecuada
187	1	SOT1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
188	2	Mayor	Deficiente	Indiferente	No practica
189	1	SOT1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
190	2	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
191	2	SOS	Regular	Positiva	Inadecuada
192	2	SOT1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
193	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
194	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
195	1	SOT2	Deficiente	Positiva	No practica
196	2	SOB	Deficiente	Positiva	No practica
197	1	SOT2	Deficiente	Indiferente	No practica
198	2	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
199	1	SO2	Regular	Indiferente	No practica
200	1	SOT1	Deficiente	Positiva	No practica
201	2	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
202	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
203	1	-	Deficiente	Indiferente	No practica
204	1	SOS	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
205	1	SOT2	Deficiente	Indiferente	No practica
206	1	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
207	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
208	2	-	Deficiente	Indiferente	No practica
209	1	SOT3	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
210	1	SOT3	Regular	Positiva	No practica
211	2	SOB	Regular	Positiva	Inadecuada
212	2	SOB	Regular	Positiva	No practica
213	3	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica

214	2	SOT1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
215	2	SOS	Deficiente	Negativa	No practica
216	2	SOT2	Regular	Positiva	Inadecuada
217	1	SO1	Regular	Indiferente	No practica
218	2	SOB	Bueno	Indiferente	No practica
219	1	SOT2	Regular	Positiva	No practica
220	2	Coronel	Regular	Positiva	Deficiente
221	1	SOT1	Regular	Positiva	No practica
222	1	SOT3	Bueno	Positiva	Adecuada
223	3	SOT1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
224	1	SOT3	Regular	Positiva	No practica
225	2	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
226	1	-	Regular	Positiva	Inadecuada
227	1	SOT2	Deficiente	Indiferente	No practica
228	2	SOS	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
229	2	SOS	Regular	Indiferente	No practica
230	4	SOT1	Deficiente	Indiferente	Adecuada
231	2	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
232	1	SOT1	Deficiente	Positiva	No practica
233	1	SOT2	Regular	Positiva	Inadecuada
234	1	SOB	Deficiente	Positiva	Inadecuada
235	1	SOT2	Deficiente	Positiva	No practica
236	2	SOS	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
237	1	SOT3	Deficiente	Positiva	No practica
238	2	SOS	Deficiente	Positiva	No practica
239	1	SO2	Deficiente	Positiva	No practica
240	2	SOS	Deficiente	Positiva	No practica
241	1	Mayor	Regular	Positiva	Adecuada
242	1	SO2	Deficiente	Indiferente	No practica
243	1	SOT1	Deficiente	Positiva	No practica
244	2	SO1	Deficiente	Positiva	No practica
245	1	Mayor	Deficiente	Positiva	No practica
246	2	Coronel	Regular	Positiva	Inadecuada
247	1	SOS	Deficiente	Positiva	Inadecuada
248	1	Mayor	Deficiente	Indiferente	No practica
249	1	SOS	Deficiente	Positiva	No practica
250	2	SOS	Regular	Indiferente	Inadecuada
251	1	SOS	Deficiente	Positiva	Inadecuada
252	1	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
253	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
254	2	Comand	Regular	Positiva	Inadecuada
255	1	Mayor	Regular	Indiferente	Inadecuada
256	1	SO2	Deficiente	Positiva	No practica

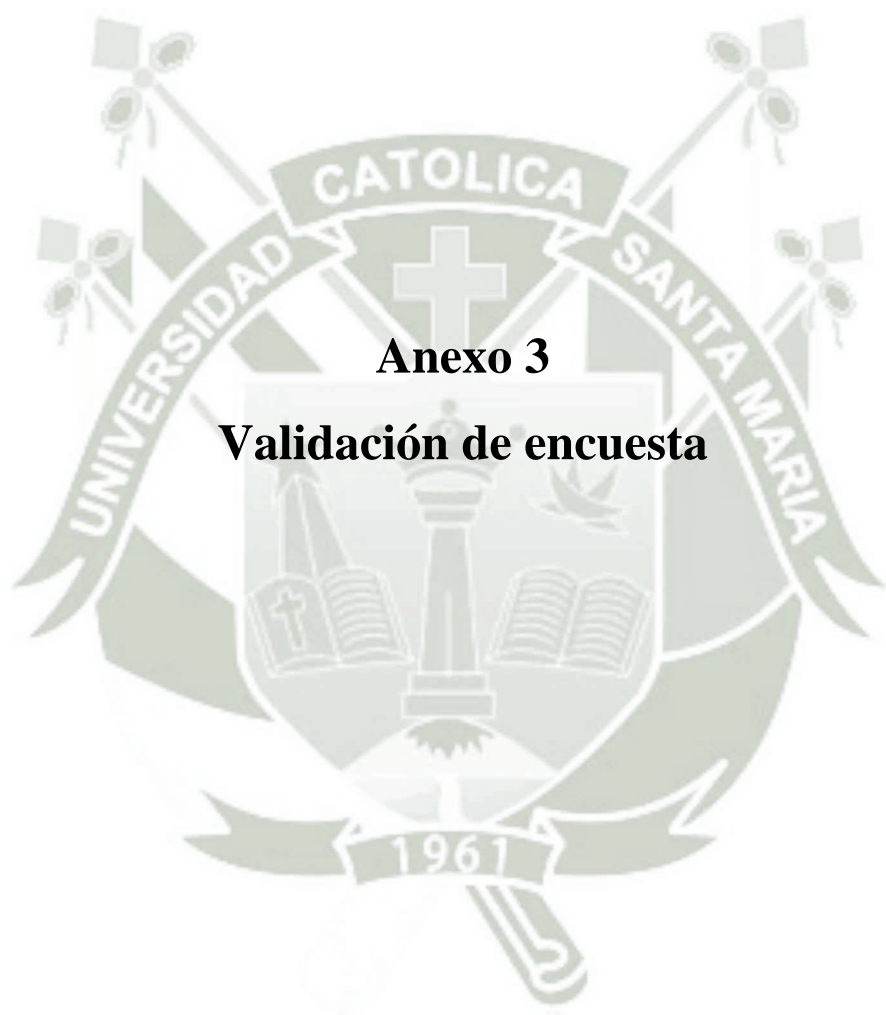
257	1	SOB	Deficiente	Positiva	No practica
258	2	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
259	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
260	1	SOB	Deficiente	Positiva	Inadecuada
261	1	SOB	Deficiente	Negativa	No practica
262	1	SOB	Deficiente	Positiva	Inadecuada
263	1	SOB	Deficiente	Positiva	No practica
264	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
265	1	SO2	Deficiente	Positiva	No practica
266	1	SOT2	Deficiente	Indiferente	No practica
267	2	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
268	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
269	2	Coronel	Regular	Positiva	Adecuada
270	1	Mayor	Deficiente	Indiferente	No practica
271	2	SOS	Regular	Indiferente	Inadecuada
272	2	SOT1	Deficiente	Positiva	No practica
273	2	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
274	1	SO2	Deficiente	Positiva	No practica
275	1	SOT1	Regular	Positiva	No practica
276	1	SOB	Regular	Positiva	Inadecuada
277	1	SOS	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
278	2	SOB	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
279	1	SOS	Regular	Positiva	Inadecuada
280	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
281	1	SOB	Deficiente	Positiva	Inadecuada
282	1	SOT1	Regular	Positiva	No practica
283	2	SOS	Regular	Indiferente	Inadecuada
284	1	SOB	Regular	Positiva	Inadecuada
285	2	-	Regular	Positiva	No practica
286	1	SOS	Regular	Indiferente	Inadecuada
287	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
288	2	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
289	3	SOS	Regular	Positiva	Inadecuada
290	1	SOB	Regular	Indiferente	No practica
291	2	Comand	Deficiente	Positiva	Inadecuada
292	1	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
293	2	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
294	2	Comand	Regular	Positiva	No practica
295	2	-	Bueno	Positiva	Inadecuada
296	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
297	2	Mayor	Regular	Positiva	No practica
298	2	SOB	Deficiente	Indiferente	Adecuada
299	1	SOT1	Deficiente	Positiva	Inadecuada

300	2	Mayor	Deficiente	Indiferente	No practica
301	1	SOT1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
302	2	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
303	2	SOS	Regular	Positiva	Inadecuada
304	2	SOT1	Deficiente	Positiva	Deficiente
305	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
306	1	SOT2	Deficiente	Indiferente	No practica
307	1	SOT1	Deficiente	Positiva	No practica
308	2	SOB	Deficiente	Positiva	No practica
309	1	SOT2	Deficiente	Indiferente	No practica
310	2	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
311	1	SO2	Regular	Indiferente	No practica
312	1	SOT2	Deficiente	Positiva	No practica
313	2	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
314	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
315	1	-	Deficiente	Indiferente	No practica
316	1	SOS	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
317	1	SOT2	Deficiente	Indiferente	No practica
318	1	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
319	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
320	1	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
321	1	SOT3	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
322	1	SOT3	Regular	Positiva	No practica
323	2	SOS	Regular	Positiva	Inadecuada
324	2	SOB	Regular	Positiva	No practica
325	3	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
326	2	SOT1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
327	2	SOS	Deficiente	Negativa	No practica
328	2	SOT2	Regular	Positiva	Inadecuada
329	1	SO1	Regular	Indiferente	No practica
330	2	SOB	Bueno	Indiferente	No practica
331	1	SOT2	Regular	Positiva	No practica
332	2	Coronel	Regular	Positiva	Inadecuada
333	1	SOT1	Regular	Positiva	No practica
334	1	SOT3	Regular	Positiva	Adecuada
335	3	SOT1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
336	1	SOT3	Deficiente	Positiva	No practica
337	2	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
338	1	SO2	Deficiente	Positiva	No practica
339	2	SOS	Regular	Positiva	No practica
340	1	SO1	Deficiente	Positiva	Inadecuada
341	2	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
342	2	Coronel	Regular	Positiva	No practica

343	2	SOS	Deficiente	Positiva	No practica
344	1	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
345	1	Mayor	Deficiente	Positiva	No practica
346	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
347	2	SOS	Deficiente	Positiva	No practica
348	1	SOB	Regular	Positiva	Inadecuada
349	1	SOB	Deficiente	Positiva	No practica
350	2	SOB	Bueno	Positiva	No practica
351	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
352	1	SOT1	Regular	Positiva	No practica
353	1	SOS	Deficiente	Indiferente	Inadecuada
354	2	-	Deficiente	Indiferente	No practica

355	1	SOT1	Regular	Positiva	No practica
356	2	SOS	Regular	Positiva	No practica
357	2	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica
358	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
359	2	SOB	Bueno	Indiferente	No practica
360	1	SOT2	Regular	Positiva	Inadecuada
361	1	SOT1	Deficiente	Indiferente	No practica
362	2	SOB	Deficiente	Indiferente	No practica
363	2	SOS	Deficiente	Positiva	No practica
364	1	SOT2	Regular	Positiva	No practica
365	1	SOS	Deficiente	Indiferente	No practica





Anexo 3

Validación de encuesta

VALIDACION: ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS

FICHA Nº	Preg 1	Preg 2	Preg 3	Preg 4	Preg 5	Preg 6	Preg 7	Preg 8	Preg 9	Preg 10	Preg 11	Preg 12	Tota l
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3
4	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
5	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	4
6	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	4
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
8	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
9	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	7
10	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	6
11	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	7
12	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	4
13	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4
14	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	5
15	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	8
16	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	6
17	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	10
18	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	9
19	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	8
20	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	8
	0.26 32	0.17 54	0.24 56	0.14 04	0.14 04	0.22 81	0.20 47	0.24 56	0	0.24 56	0.24 56	0	7.18 68

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

α = Alfa de Cronbach
 K = Número de Ítems
 Vi = Varianza de cada Ítem
 Vt = Varianza total

K= 12
 Vi= 2.13
 Vt= 7.19

$\alpha = 0.7679 \approx \underline{\underline{76.79\%}}$

VALIDACION: ENCUESTA DE ACTITUDES

Ficha Nº	Pre g 1	Pre g 2	Pre g 3	Pre g 4	Pre g 5	Pre g 6	Pre g 7	Pre g 8	Pre g 9	Preg 10	Preg 11	Preg 12	Preg 13	Total
1	5	5	2	5	2	5	5	5	4	0	0	5	5	48
2	5	4	4	1	1	1	1	5	1	0	0	5	5	33
3	5	5	5	5	4	4	2	4	4	0	0	5	5	48
4	5	5	4	5	4	4	2	5	5	0	0	5	5	49
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	0	4	4	44
6	5	4	2	2	3	2	2	3	4	0	0	4	5	36
7	5	4	1	2	2	4	2	2	2	0	3	4	4	35
8	5	4	4	4	5	4	4	5	4	0	0	4	5	48
9	5	5	4	5	5	5	3	5	4	0	3	5	5	54
10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0	5	5	55
11	5	5	5	5	5	5	1	5	5	0	0	5	5	51
12	5	5	5	5	-	5	2	5	5	0	0	1	1	39
13	5	5	5	5	4	4	4	4	4	0	0	4	5	49
14	4	4	4	4	-	4	-	-	-	0	0	-	-	20
15	5	5	5	4	5	4	4	5	5	3	3	4	5	57
16	5	5	4	4	4	5		4	4	0	3	5	5	48
17	5	5	2	2	5	4	5	5	2	0	3	5	5	48
18	5	5	4	4	5	4	4	4	4	0	3	5	5	52
19	5	5	5	5	5	3	4	5	4	0	3	5	5	54
20	5	5	4	5	4	4	4	4	4	3	3	4	5	54
	0.09 9	0.22 8	1.54 4	1.66 7	1.62 5	1.11 1	1.90 4	0.73 2	1.28 1	0.47 4	2.21 1	0.96 7	0.94 1	84. 83

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

α = Alfa de Cronbach
 K = Número de Ítems
 Vi = Varianza de cada Ítem
 Vt = Varianza total

K = 13
 EVi = 14.78
 Vt = 84.83
 $\alpha = 0.8945 \approx \underline{\underline{89.45\%}}$

VALIDACION: ENCUESTA DE PRACTICA

Ficha Nº	Preg 1	Preg 2	Preg 3	Preg 4	Preg 5	Preg 6	Preg 7	Preg 8	Preg 9	Tot al
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	1	1	0	0	3	0	1	1	0	7
7	1	1	2	0	2	0	1	1	1	9
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	1	1	3	0	0	0	1	1	1	8
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	1	2	0	2	0	0	1	1	0	7
16	1	1	0	0	1	0	1	1	1	6
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0.204 68	0.339 18	0.649 12	0.210 53	0.672 51		0.204 68	0.204 68	0.140 35	11. 49 71

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

α = Alfa de Cronbach
 K = Número de Ítems
 Vi = Varianza de cada Ítem
 Vt = Varianza total

K = 9
 EVi = 2.63
 Vt = 11.50
 $\alpha = 0.8681 \approx \underline{\underline{86.81\%}}$



Anexo 4

Proyecto de investigación

Universidad Católica De Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Programa profesional de Medicina Humana



**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS
EXÁMENES DE DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE
PRÓSTATA EN VARONES MAYORES DE 40 AÑOS
TRABAJADORES DE LA REGION POLICIAL AREQUIPA 2014”**

PROYECTO DE TESIS

Autora:

ALEXIS MARIA CAMPOS VELIZ

Para optar el Título Profesional de
Médico-Cirujano

**AREQUIPA – PERU
2014**

I. PREAMBULO:

El cáncer de próstata, es el segundo cáncer en orden de presentación en varones luego del cáncer de estómago según indica la Sociedad de Urología Peruana; su diagnóstico temprano es importante debido a que, según la Sociedad Americana de Cáncer, se ha encontrado cáncer de próstata en diferentes estadios en el 50% de autopsias realizadas a pacientes mayores de 75 años.

Uno de los principales factores de riesgo del cáncer de próstata es la edad, riesgo que es más latente en personas mayores de 50 años, sin embargo cuando existe antecedente familiar de cáncer de próstata el rango de edad disminuye a los 40 años, por lo que se aconseja que este grupo inicie de forma temprana el screening para el diagnóstico temprano del cáncer de próstata. La mayoría de varones refiere no tener datos precisos sobre el cáncer de próstata, ni conocimiento sobre las pruebas para el diagnóstico precoz o tienen conocimientos errados llenos de complejos; sin embargo los varones que conocen los exámenes para el diagnóstico precoz, como el examen de tacto rectal refieren que debe ser doloroso o muy incómodo para ellos que otro varón revise sus órganos reproductivos, clasificando el tema de cáncer de próstata como tabú, siendo para la mayoría de varones un tema muy vergonzoso al relacionarlo con la vida sexual.

Dado el carácter preventivo que la medicina está tomando, es importante dar a conocer a los varones cuáles son las pruebas diagnósticas de cáncer de próstata para así poder reducir la cantidad de varones afectados. Según la Sociedad Americana de Cáncer en los últimos años (a partir de la década de los años noventa) se ha incrementado el número de casos diagnosticados como cáncer próstata. El diagnóstico precoz posibilita el tratamiento de intención curativa para una gran cantidad de pacientes por lo cual es importante establecer el grado de conocimientos y el nivel de apego de la población a las pruebas de diagnóstico precoz para poder planificar una promoción adecuada.

La población de la Policía Nacional, es una población accesible y variada en la que podemos encontrar policías con formación castrense exclusiva, así como policías con otra formación y ocupación como policías médicos, policías administrativos; por lo que la elección de esta población es pertinente para el desarrollo de los objetivos que se pretende alcanzar en la presente investigación, pudiéndose extrapolar dichos resultados al resto de la población.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación pretende determinar el **nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa durante el periodo enero-febrero 2014.**

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa durante el periodo enero-febrero 2014?

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Área de Conocimiento

- 1.2.1.1. Área general: Ciencias de la Salud
- 1.2.1.2. Área específica: Medicina Humana
- 1.2.1.3. Especialidad: Urología Oncológica
- 1.2.1.4. Línea: Cáncer de Próstata

1.2.2. Análisis u Operacionalización de las Variables e Indicadores

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE
<i>Características socioeconómicas del personal</i>			
Edad	Según fecha de nacimiento	40-49 años 50-59 años 60-69 años	Cuantitativa

<p>Categoría, jerarquía y grado</p>	<p>Según orden jerárquico de la Policía Nacional del Perú</p>	<p>Oficiales policías Oficiales de servicio Personal con estatus oficial Suboficiales policías Personal subalterno de los servicios</p>	<p>Cualitativa</p>
Conocimientos			
<p>Nivel de conocimiento</p>	<p>Puntaje alcanzado en cuestionario de conocimiento sobre el examen del P.S.A. se realiza en sangre, nivel elevado de P.S.A., nivel negativo del P.S.A., en que consiste el T.R., duele el T.R., ecografía transrectal.</p>	<p>Bueno Regular Malo</p>	<p>Cualitativa</p>
Actitudes			
<p>Nivel de actitud</p>	<p>Puntaje alcanzado en el cuestionario de actitud sobre la importancia del T.R., solicitar el T.R., peligro del T.R., realizarse T.R., preferir un examen de sangre, dolor en T.R., realizar exámenes de sangre anuales, asistir a charla sobre CaP.</p>	<p>Positiva Indiferente, negativa</p>	<p>Cualitativa</p>

<i>Práctica</i>			
Nivel de práctica	Puntaje alcanzado en el cuestionario de práctica para P.S.A., tacto rectal, ecografía de próstata	Si No	Cualitativa

1.2.3. Interrogantes Básicas

- ¿Cuáles son las características socioeconómicas de los varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa durante el periodo enero-febrero 2014?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa durante el periodo enero-febrero 2014?
- ¿Cuál es el nivel de actitudes sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa durante el periodo enero-febrero 2014?
- ¿Cómo es la práctica sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa durante el periodo enero-febrero 2014?

1.2.4. Tipo de Investigación

Descriptivo.

1.2.5. Nivel de Investigación

La presente investigación es un estudio descriptivo, prospectivo y transversal.

1.3. Justificación del problema

La motivación que llevó a la elaboración del presente proyecto de investigación es la siguiente:

Originalidad: Ya que no se encontró antecedentes al respecto en la ciudad de Arequipa siendo esta la segunda ciudad más importante en el Perú, es de gran utilidad contar con estadísticas que permitan realizar estudios y planificación a largo plazo.

Relevancia Científica: Porque mediante el método de investigación nos permite establecer conocer los niveles de conocimiento, actitud y práctica de la prevención del cáncer de próstata.

Relevancia práctica: Ya que la población en estudio es de fácil acceso y se encuentra disponible a brindar dicha información.

Social: Debido a que el cáncer de próstata es la segunda causa de muerte en varones en Perú.

Contemporánea: Ya que en la actualidad la prevención es un arma eficaz contra cualquier tipo de cáncer, es importante conocer cuál es el grado de adherencia de nuestra población a los exámenes de screening.

Motivación personal: De realizar una investigación en el área de la urología oncológica.

Contribución académica: al campo de la medicina, por la generación de nuevos conocimientos con posibilidad de aplicación práctica.

Políticas de investigación de la Universidad: se cumple con el requerimiento de desarrollar una investigación para la obtención del título profesional, siendo este principio básico de la creación de las universidades: la investigación.

2. MARCO TEORICO:

2.1. CANCER DE PROSTA

2.1.1. INTRODUCCION:

La próstata es una glándula que se encuentra presente sólo en los hombres. Se encuentra delante del recto y debajo de la vejiga. El tamaño de la próstata varía con la edad. Aunque el tamaño de la próstata varía con la edad, se aceptan como normales unas dimensiones de 4 cm. de largo por 3 cm. de ancho, clásicamente se ha dicho que tiene forma de castaña, posee una fina envoltura que se conoce como cápsula prostática que define su límite. (6) La función de la próstata consiste en producir cierta cantidad del líquido que protege y nutre a los espermatozoides presentes en el semen, esto causa que el semen sea más líquido. (5)

2.1.2. INCIDENCIA Y MORTALIDAD:

Se estima que en el año 2000 habían en el mundo 1 555 000 casos de hombres con cáncer de próstata, es la tercera neoplasia más frecuente en varones del mundo. (6) El cáncer de próstata (CaP), constituye la neoplasia más diagnosticada a partir de los 50 años y continua siendo la segunda causa de muerte por cáncer, en el Perú después del cáncer de estómago y en EE.UU, después del cáncer de pulmón. (11) En Perú la incidencia en 12.76 x 100,000 habitantes y la mortalidad 5.51 x 100,000 habitantes durante los años 1990 -1993. (11) En España Los hombres con historia familiar de cáncer prostático tienen un riesgo aumentado de enfermedad. Así con uno, dos o más familiares de primer grado y uno de segundo grado, el riesgo relativo de desarrollar este cáncer aumenta 2.5, 5 y 1.68 veces, respectivamente. (3) Los hombres afroamericanos tienen un índice más alto de incidencia y al menos dos veces el índice de mortalidad en comparación con los hombres de otros grupos raciales o étnicos. (1) (12)

2.1.3. FACTORES DE RIESGO:

Los factores que determinan el riesgo de desarrollar CaP clínico no son bien conocidos, aunque algunos han sido identificados. Hay tres factores de riesgo bien establecidos para el cáncer de próstata entre ellos el aumento de edad, se sabe que el riesgo aumenta al cumplir los 50 años, el origen étnico está asociado a la raza negra y la con respecto a la herencia se sabe que si un familiar de primer grado tiene el cáncer de próstata, el riesgo es por lo menos el doble. Si dos o más familiares de primer grado están

afectados, el riesgo aumenta de 5 a 11 veces mayor (7). Existen factores exógenos pueden tener un impacto importante en el riesgo como son ambiente, la dieta rica en grasas animales y la ocupación en las que se haga uso de pintura, gomas o se tenga contacto con el cadmio.

2.1.4. ANATOMÍA PATOLÓGICA:

La próstata se divide en cuatro zonas. La zona anterior, que ocupa el 30% de la glándula y está constituida principalmente por tejido muscular liso; la zona periférica, la más grande y donde se origina la mayoría de los cánceres; la zona central que está en relación con los conductos eyaculadores y corresponde a un 20% del tejido glandular, y la zona de transición, que rodea la uretra y donde se origina la hiperplasia benigna prostática. La mayoría de los cánceres prostáticos son adenocarcinomas, con gran frecuencia polifocales. Habitualmente la progresión de la enfermedad ocurre desde la próstata hacia los ganglios linfáticos regionales (ilíacos y obturadores), otros ganglios linfáticos, esqueleto y finalmente otras estructuras como pulmones, hígado, etc. (13) Otros tipos de cáncer también pueden comenzar en la glándula prostática, incluyendo sarcomas, carcinomas de células pequeñas, y carcinomas de células de transición. Pero estos tipos de cáncer de próstata no son frecuentes. (5)

2.1.4.1. SISTEMA DE GLEASON

Este sistema valora el aspecto y distribución que las glándulas tumorales presentan al microscopio. Distingue varios tipos (grados o patrones de Gleason) clasificándolos en 5 categorías diferentes de menor a mayor agresividad. Éstas se expresan con números del uno al cinco, correspondiendo el 1 a los tumores menos agresivos y el 5 para los más agresivos. (6)

2.1.5. CLASIFICACIÓN

La clasificación TNM (Tumor-Ganglios-Metástasis) de 2009 del CaP se presenta en la siguiente tabla:

4.1. Clasificación TNM⁴

T: Tumor primario^d

Tx	No se puede evaluar el tumor primario.
T0	No hay evidencia de tumor primario.
T1	Tumor no evidente clínicamente, no palpable ni visible mediante técnicas de imagen.
T1a	Tumor detectado como hallazgo fortuito en una extensión menor o igual al 5% del tejido reseado.
T1b	Tumor detectado como hallazgo fortuito en una extensión mayor del 5% del tejido reseado.
T1c	Tumor identificado mediante punción biopsia (por ejemplo, a consecuencia de un PSA elevado).
T2	Tumor confinado en la próstata.
T2a	El tumor abarca la mitad de un lóbulo o menos.
T2b	El tumor abarca más de la mitad de un lóbulo pero no ambos lóbulos.
T2c	El tumor abarca ambos lóbulos.
T3	Tumor que se extiende más allá de la cápsula prostática.
T3a	Extensión extracapsular unilateral o bilateral.
T3b	Tumor que invade la/s vesícula/s seminal/es.
T4	Tumor fijo o que invade estructuras adyacentes distintas de las vesículas seminales: cuello vesical, esfínter externo, recto, músculos elevadores del ano y/o pared pélvica.

N: Ganglios linfáticos regionales^e

Nx	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.
N0	No se demuestran metástasis ganglionares regionales.
N1	Metástasis en ganglios linfáticos regionales.

M: Metástasis a distancia

Mx	No se pueden evaluar las metástasis a distancia.
M0	No hay metástasis a distancia.
M1	Metástasis a distancia.
M1a	Ganglio/s linfático/s no regionales.
M1b	Hueso/s.
M1c	Otra/s localización/es.

^d Adenocarcinoma de próstata.

^e Los ganglios linfáticos regionales son los ganglios de la pelvis menor (fundamentalmente, ganglios iliopélvicos localizados por debajo de la bifurcación de las arterias ilíacas primitivas)⁴.

2.1.6. CLÍNICA

En general en los estadios iniciales del CaP no se presentan síntomas. Algunos cánceres de próstata avanzados pueden hacer más lento o debilitar el chorro urinario, urgencia miccional, nicturia, disuria, goteo posmiccional, sensación de vaciamiento incompleto de la vejiga (6)

2.1.7. DIAGNÓSTICO

Los principales instrumentos diagnósticos para obtener indicios de CaP son el tacto rectal, la concentración sérica de PSA y la ecografía transrectal (ETR). El diagnóstico definitivo se basa en la presencia de adenocarcinoma en muestras de biopsia de próstata o piezas quirúrgicas. El examen histopatológico también permite la gradación y determinación de la extensión del tumor. (10)

2.1.7.1. ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO

El PSA es el principal marcador tumoral en toda la economía oncológica y es de gran utilidad en el control de la evolución del paciente con CaP es empleado en la

detección precoz y en el screening del CaP, pero no se puede considerar un marcador tumoral perfecto, ya que un nivel elevado de PSA no siempre es indicador de CaP y en un nivel dentro del rango normal no es señal de ausencia de tumor. Tiene una sensibilidad de 84.5% y un especificidad de 98%. Se han buscado variantes del PSA para aumentar la especificidad del método y seleccionar a los pacientes que requieren una Biopsia de Próstata (Bx P). (11) Se han descrito varias modificaciones del valor de PSA en suero para mejorar la especificidad del PSA en la detección precoz del CaP. Entre ellas figuran velocidad del PSA y cociente de PSA libre/total. (16)

2.1.7.1.1. COCIENTE DE PSA LIBRE/TOTAL.

Es el concepto más investigado y utilizado en la práctica clínica para diferenciar hiperplasia benigna de próstata (HBP) y CaP. El cociente se utiliza para estratificar valores de PSA total entre 4 y 10 ng/ml y un tacto rectal negativo. En un estudio prospectivo multicentrico se identificó CaP en la biopsia en el 56% de los varones con un PSA l/t <0,01, pero sólo en el 8% de aquellos con un PSA l/t >0,25. (5) (11) Por lo que muchos médicos recomiendan biopsias para los hombres con un porcentaje de PSA libre de 10% o menos, y recomiendan que los hombres consideren una biopsia si el porcentaje está entre 10% y 25%. El uso de estos valores referenciales permite detectar la mayoría de los cánceres, y ayuda a evitar biopsias innecesarias de la próstata. Esta prueba se usa ampliamente, pero no todos los médicos están de acuerdo en que el 25% sea el mejor valor límite para decidir si es necesaria una biopsia. Además, el valor límite puede cambiar dependiendo del nivel de PSA. (1) (5)

2.1.7.1.2. VELOCIDAD DEL PSA

Hay dos métodos de medición del PSA a los largo del tiempo. Son los siguientes: Velocidad del PSA (V-PSA) definida como un incremento anual absoluto del PSA sérico (ng/ml/año) un V-PSA de 0.75 ng/ml o mayor por año en 3 determinaciones consecutivas es un indicador de CaP.(5) El otro método el tiempo de duplicación del PSA (TD-PSA), mide un incremento exponencial del PSA sérico a lo largo del tiempo, lo que refleja una variación relativa. Estos conceptos pueden tener importancia pronóstica en los pacientes con CaP tratado, sin embargo, su uso es limitado en el diagnóstico de CaP debido a otros factores

que pueden generar un aumento del PSA. En estudios prospectivos se ha demostrado que estas determinaciones no proporcionan información adicional en comparación con el PSA solo. (10)

2.1.7.2. TACTO RECTAL (TR)

Durante este examen el médico introduce un dedo cubierto con un guante lubricado en el recto a fin de palpar cualquier abultamiento o área firme en la próstata que pudiese ser cáncer. La glándula prostática se encuentra inmediatamente delante del recto y la mayoría de los cánceres comienzan en la parte posterior de la glándula, la cual se puede palpar durante el tacto rectal. Este examen puede ser incómodo (especialmente para los hombres que tienen hemorroides), pero usualmente no es doloroso y sólo toma poco tiempo realizarlo. Pueden detectarse mediante TR cuando el volumen es de unos 0,2ml o mayor. (5) Un TR sospechoso es una indicación absoluta de biopsia de próstata. Presenta una sensibilidad de 69% y una especificidad de 92%. El TR es menos eficaz que la prueba de PSA en sangre para detectar cáncer de próstata, pero algunas veces puede ayudar a detectar tumores cancerosos en hombres con niveles normales de PSA. Por esta razón, puede ser incluido como parte de las pruebas de detección precoz del cáncer de próstata. (5) (11)

2.1.7.3. ECOGRACIA TRANSRECTAL

Evalúa el tamaño real de la próstata, su volumen aproximado, así como el aspecto de su estructura. Permite detectar algunos tumores situados en el interior de la próstata, que serían inaccesibles al tacto rectal. Esta técnica aunque muy útil y sensible, también presenta ciertas limitaciones, no todas las lesiones sospechosas que se identifican se corresponden con un cáncer, ni todos los cánceres son visibles. (5) (10)

2.1.7.4. BIOPSIA DE PROSTATA

Constituye la prueba determinante en el diagnóstico del cáncer. Consiste en la obtención de tejido prostático que serán enviadas al anatomopatólogo. La obtención de la muestra se realiza con la ayuda de un ecógrafo transrectal que permite visualizar las zonas de donde se tomarán las muestras y asegurar una

muestra precisa. (5) Se recomienda tomar como mínimo de 10 a 12 muestras, bajo anestesia local o sedación intravenosa (13)

Una vez que se establezca el diagnóstico es posible que se solicite algunas pruebas complementarias como TEM y la gammagrafía ósea para determinar la extensión de la enfermedad.

2.1.8. TRATAMIENTO: (7)

Estadio	Tratamiento	Comentario
T1a	Vigilancia	Tratamiento estándar de tumores con Gleason ≤ 6 , antígeno ≤ 10 , menos de 3 muestras con más de 50% en cada una de ellas y con una expectativa de vida mayor a 10 años. En pacientes con una expectativa mayor a 10 años se recomienda reestadificar con biopsia transrectales de próstata. (Recomendación grado b).
	Prostatectomía radical	Opcional en pacientes menores de 60 años con una expectativa más de 10 años, especialmente para tumores mal diferenciados (Recomendación grado B).
	Radioterapia	Opcional en pacientes menores de 60 años con una expectativa de vida, especialmente para tumores mal diferenciados. (Recomendación grado B).
	Bloqueo hormonal	No es opción (Recomendación grado A)
	Combinación	No es opción (Recomendación grado C)
T1b-T2b	Vigilancia	Pacientes asintomáticos con tumores bien y moderadamente diferenciados con una expectativa de vida menor a 10 años. Pacientes que no aceptan el tratamiento por las complicaciones. (Recomendación grado B).
	Prostatectomía radical	Tratamiento estándar en pacientes con expectativa de vida mayor a 10 años quienes aceptan el tratamiento y sus complicaciones (Recomendación grado A)
	Radioterapia	Pacientes con expectativa de vida mayor a los 10 años quienes aceptan el tratamiento y sus complicaciones. Pacientes con contraindicaciones para cirugía. Pacientes en malas condiciones, con expectativa de vida de 5 a 10 años y tumores mal diferenciados. (Recomendación grado B)
	Bloqueo hormonal	Análogos LH-RH en pacientes sintomáticos que necesitan paliación de los síntomas, no candidatos a tratamiento curativo (Recomendación grado C). Los antiandrógenos se asocian con malas evoluciones en comparación con vigilancia y no se recomienda. (Recomendación grado A)
	Combinación	Bloqueo hormonal neoadyuvante (THNA) + prostatectomía radical, no ha probado beneficio. (Recomendación grado A) THNA + radioterapia, mejor control local no ha probado beneficios en la supervivencia (Recomendación grado B) Bloqueo (3 años) + radioterapia mejor que radioterapia sola en tumores mal diferenciados. (Recomendación grado A)

Estadio	Tratamiento	Comentario
T3-T4	Vigilancia	Opción en pacientes asintomáticos con T3, tumores bien y moderadamente diferenciados, con expectativa de vida menor a 10 años. (Recomendación grado C)
	Prostatectomía radical	Opción en pacientes seleccionados T3ay expectativa de vida mayor a 10 años (Recomendación grado C)
	Radioterapia	T3 con expectativa de vida mayor a 5 a 10 años. Si no está disponible se recomienda combinación con terapia bloqueo hormonal (Recomendación grado A)
	Bloqueo hormonal	Pacientes sintomáticos con T3 a T4, concentración de PSA>20ng/ml, mejor que vigilancia (Recomendación grado S
	Combinación	Radioterapia + bloqueo hormonal es mejor que radioterapia sola. (Recomendación grado A) THNA + prostectomia radical no ha probado beneficio. (Recomendación grado B)
N +M0	Vigilancia	Pacientes asintomáticos con PSA<20-50 con periodo de doblaje del PSA menor a 12 meses pueden tener una peor supervivencia (Recomensación grado C)
	Prostatectomía radical	No es la opción estándar (Recomendación grado C)
	Radioterapia	No es la opción estándar (Recomendación grado C)
	Bloqueo hormonal	Terapia estándar (Recomendación grado A)
	Combinación	No es la opción estándar (Recomendación grado B)
M+	Vigilancia	No es la opción estándar (Recomendación grado B)
	Prostatectomía radical	No es la opción estándar (Recomendación grado C)
	Radioterapia	Está indicada en el caso de metástasis óseas dolorosas o compresiones radiculares, hemorragia u obstrucción urinaria y/o rectal. (Recomendación grado C)
	Bloqueo hormonal	Terapia estándar, no debe negarse tratamiento a pacientes sintomáticos (Recomendación grado B)
	Combinación	No es la opción estándar (Recomendación grado C)

2.2. CONOCIMIENTOS

2.2.1. DEFINICIÓN:

Son muchas las definiciones que sobre conocimiento existen. A pesar de que es una operación del día a día, no existe acuerdo en lo que respecta a lo que realmente sucede cuando se conoce algo. La Real Academia de la Lengua Española define conocer como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. (14)

Existen diferentes corrientes dentro de la filosofía que definen el conocimiento partiendo de su naturaleza, cuatro son las escuelas epistemológicas que plantean su posición en cuanto al origen del conocimiento.

Según racionalismo, un conocimiento sólo merece este nombre cuando es lógicamente necesario y universalmente válido. Cuando nuestra razón juzga que una cosa tiene que ser así y que no puede ser de otro modo; que tiene que ser así, por tanto, siempre y en todas partes, entonces y sólo entonces nos encontramos ante un verdadero conocimiento, en opinión del racionalismo. Todo verdadero conocimiento se funda, según esto -así concluye el racionalismo-, en el pensamiento. Éste es, por ende, la verdadera fuente y base del conocimiento humano.

El empirismo opone a la tesis del racionalismo (según la cual el pensamiento, la razón, es la verdadera fuente del conocimiento) la antítesis que dice: la única fuente del conocimiento humano es la experiencia. En opinión del empirismo, no hay ningún patrimonio a priori de la razón. La conciencia cognoscente no saca sus contenidos de la razón, sino exclusivamente de la experiencia. El espíritu humano está por naturaleza vacío; es una tabula rasa, una hoja por escribir y en la que escribe la experiencia. Todos nuestros conceptos, incluso los más generales y abstractos, proceden de la experiencia.

Mientras el racionalismo considera el pensamiento como la fuente y la base del conocimiento y el empirismo la experiencia, el intelectualismo es de opinión que ambos factores tienen parte en la producción del conocimiento. En esta corriente deriva el factor racional del empírico: todos los conceptos proceden, según él, de la experiencia. Según el intelectualismo los juicios provienen de la experiencia y no de la

razón como afirma el racionalismo, y del pensamiento no solo se obtiene datos de experiencia, además de las representaciones intuitivas sensibles hay según él, los conceptos, en cuanto contenidos de conciencia no intuitivos, pero están en una relación genética con ellas, supuesto que se obtienen de los contenidos de la experiencia. De este modo, la experiencia y el pensamiento forman juntamente la base del conocimiento humano.

En un segundo intento de mediación entre el racionalismo y el empirismo: el apriorismo. También éste considera la experiencia y el pensamiento como fuentes del conocimiento. Pero el apriorismo define la relación entre la experiencia y el pensamiento en un sentido directamente opuesto al intelectualismo. . El factor a priori no procede, según él, de la experiencia, sino del pensamiento, de la razón. Ésta imprime en cierto modo las formas a priori a la materia empírica y constituye de esta suerte los objetos del conocimiento. En el apriorismo, el pensamiento no se conduce receptiva y pasivamente frente a la experiencia, como en el intelectualismo, sino espontánea y activamente.

2.2.2. FORMAS DEL CONOCIMIENTO HUMANO

La conciencia cognoscente necesita dar vueltas, por decirlo así, en torno a un objeto, para aprehenderlo realmente. Pone su objeto en relación con otros, lo compara con otros, saca conclusiones, etcétera. Así hace el especialista, cuando quiere definir su objeto desde todos los puntos de vista; así hace también el metafísico, cuando quiere conocer, por ejemplo, la esencia del alma. La conciencia cognoscente se sirve en ambos casos de las más diversas operaciones intelectuales. Se trata siempre de un conocimiento mediato, discursivo. Esta última expresión es singularmente exacta, porque la conciencia cognoscente se mueve, en efecto, de aquí para allá. Además del conocimiento racional hay un conocimiento de otra especie, un conocimiento que pudiéramos designar como conocimiento intuitivo, en oposición al discursivo racional.

El conocimiento intuitivo inmediato consiste, como dice su nombre, en conocer viendo. Su peculiar índole consiste en que en él se aprehende inmediatamente el objeto, como ocurre sobre todo en la visión. Nadie podrá negar que hay un conocimiento semejante. Aprehendemos inmediatamente, en efecto, todo lo dado en la experiencia externa o interna. Inmediatamente percibimos el rojo o el verde que

vemos, el dolor o la alegría que experimentamos. Más cuando se habla de la intuición no se piensa en esta intuición sensible, sino en una intuición no sensible, espiritual.

2.2.3. EVALUACION DEL CONOCIMIENTO

El concepto de la verdad se relaciona estrechamente con la esencia del conocimiento. Verdadero conocimiento es tan sólo el conocimiento verdadero. Un "conocimiento falso" no es propiamente conocimiento, sino error e ilusión. Todo conocimiento científico posee validez universal. Cabe identificar el conocimiento científico con el conocimiento universalmente válido. Por consiguiente, no puede tomarse en consideración la evidencia en el sentido descrito, como criterio de la verdad, en la esfera teórica y científica. (18)

La evaluación es un proceso que incluye el control de la comprensión y de interpretaciones erróneas, mediante el uso de técnicas que tratan de verificar el grado conocimientos, para esta verificación se usan dos tipos de técnicas: pruebas de conocimiento y situaciones de prueba (23)

2.2.3.1. PRUEBAS DE CONOCIMIENTO (23)

Las pruebas de conocimiento se pueden realizar de distintas formas:

- Redacción de informes: Se pide a los participantes que escriban en un número determinado de páginas, lo que han entendido con respecto a los contenidos impartidos en el curso.
- Cuestionario de preguntas abiertas: Se utilizan preguntas abiertas y se pide a los participantes que escriban cada respuesta de forma narrativa.
- Cuestionario de preguntas cerradas: Una vez realizada la pregunta se le ofrece al asistente un número limitado de respuestas.

Los informes y los cuestionarios de preguntas abiertas requieren gran esfuerzo en la corrección, influyendo en la misma la subjetividad de quien corrige. Pueden incluir información irrelevante, pero permiten recoger información muy amplia.

El cuestionario de preguntas cerradas tipo test es el sistema más rápido, efectivo, fácil de aplicar y de corregir. Es preciso cuidar mucho su diseño para que recoja toda la información necesaria. El formato tipo test evita la subjetividad de quien califica. Además la rapidez en su corrección lo hace más económico. Estos cuestionarios se

pueden completar con algún espacio abierto donde se pueda incluir sus comentarios, por ejemplo, solicitando por qué a determinada respuesta.

Existen diferentes formatos para este tipo de cuestionarios:

- Preguntas de opción múltiple
- Preguntas de verdadero o falso
- Preguntas para completar o tachar

2.2.3.2. SITUACIONES DE PRUEBA (23)

La situación de prueba es una técnica donde se coloca a los entrevistados ante ejercicios que simulan situaciones reales de trabajo, para poder evaluar el nivel de conocimientos y habilidades. El diseño de los ejercicios debe ser un fiel reflejo de la realidad, es decir, copiar las condiciones reales de trabajo. Es importante indicar de forma clara y sencilla todos los aspectos que intervienen en la realización de las pruebas, así como señalar de forma específica los objetivos que se deben conseguir.

VENTAJAS

- La semejanza con la situación real de trabajo
- Puede evaluar varios tipos de conocimientos y habilidades a la vez
- Se puede realizar tanto en grupo como individualmente

INCONVENIENTES

- La elaboración de ejercicios es compleja
- Puede ser costoso en tiempo y dinero
- Las personas que evalúan deben ser expertas

La puntuación es relativamente sencilla en las preguntas de elección múltiple en las que la puntuación es dicotómica; en esta sólo cabe que el entrevistado elija la respuesta correcta o no, luego se asigna una nota y de acuerdo a la escala elegida y el entrevistado “aprueba” o “desaprueba” según su nivel de conocimientos.(18)

2.3. ACTITUD

2.3.1. DEFINICIÓN

Existen múltiples y variadas definiciones de actitud, ya en 1935 Allport recopiló más de cien. Esta gran cantidad de definiciones existentes nos informa ya de la ambigüedad del concepto y por lo tanto también de las dificultades metodológicas en su investigación. Así, nos encontramos con que frecuentemente las actitudes se asimilan a valores, creencias, estereotipos, sentimientos, opiniones, motivación, prejuicios e ideología (4) a hacia objetos, grupos, eventos o símbolos socialmente significativos; una predisposición adquirida, un sentimiento general de evaluación (positiva o negativa), sobre personas, objetos o asuntos. (9)

Algunas definiciones:

FAZIO (1992) La definen como una asociación entre un objeto y su evaluación, siempre” que hablamos de actitud, necesitamos un objeto (material, idea, colectivo, objeto social...) hacia el que dirigir nuestra actitud (OBJETO ACTITUDINAL).

F. H. Allport: “Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden

2.3.2. COMPONENTES (2)(9)

2.3.2.1. AFECTIVOS

Respuesta emocional, sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce, es una respuesta positiva o negativa. El componente más característico de las actitudes, aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones.

2.3.2.2. COGNITIVOS

Creencias que moldean los componentes anteriores, son datos preestablecidos por tanto debe de existir una representación cognoscitiva hacia el objeto, sin embargo, también se pueden generar actitudes frente a objetos no conocidos o cuya valoración cognoscitiva es vaga o errónea, en tales casos el afecto será poco intenso o no afectará en nada la intensidad del afecto.

2.3.2.3. DE CONDUCTA

Intención, disposición o tendencia a realizar una acción hacia un objeto cuando existe una verdadera relación entre el objeto y el sujeto.

Estos componentes siempre trabajan conjuntamente, jugando un papel importante en la determinación de la conducta.

2.3.3. MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES (24)

En general, las distintas técnicas utilizadas en la medida de las actitudes pueden ser clasificadas en directas o indirectas en función de que la persona a la que se van a medir las actitudes sepa que están siendo medidas o no. En este sentido, son técnicas directas aquellas en las que el sujeto sabe que su actitud está siendo medida, y son técnicas indirectas aquellas que el sujeto no sabe que su actitud está siendo evaluada. Las técnicas indirectas a su vez pueden ser de dos tipos: técnicas en las cuales el sujeto no sabe que está siendo observado y técnicas en que el sujeto es consciente de que está siendo observado, pero no de que su actitud está siendo evaluada.

2.3.3.1. MEDICION DIRECTA DE LAS ACTITUDES

Este enfoque involucra la conversión de algo abstracto, como lo es la actitud, en alguna clase de escala numérica, dando mayor facilidad al manejo de los datos y subsecuente análisis estadístico. Algunas de las más utilizadas son: (4)

2.3.3.1.1. Escala de Likert:

Denominada así en honor de Rensis Likert, quien diseñó este método en 1932. En general, se plantean una serie de afirmaciones, juicios o preguntas (“proposiciones”), ante las cuales el individuo debe mostrar su “acuerdo” usando palabras que implican grados crecientes (o decrecientes) del mismo; es pues, una escala de tipo ordinal.

VENTAJAS DE LA ESCALA DE LIKERT

- Es preferida por los individuos por ser sencilla y “más natural” para completar.
- Tiende a mostrar altos grados de confiabilidad y validez.

- Es efectiva para medir cambios en el tiempo (por ejemplo, antes y después de una intervención).

La escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente.

Cada ítem está estructurado con cinco alternativas de respuesta: (27)

- () Totalmente de acuerdo
- () De acuerdo
- () Indiferente
- () En desacuerdo
- () Totalmente en desacuerdo

2.3.3.1.2. Diferencial semántico:

Método desarrollado por Osgood, Suci, y Tannenbaum en 1957, se basa en usar un par de adjetivos opuestos, representando valores extremos en una opción bipolar, como bueno/malo, útil/inútil, adecuado/inadecuado, seguro/peligroso, etc. Se asume que hay un espacio semántico hipotético, entre los cuales debería estar situada la verdadera actitud del sujeto, que se evalúa de manera “gráfica

Adecuado — — — — Inadecuado

2.3.3.1.3. Escala o “escalograma” de Guttman:

Planteada por Luis Guttman en 1944. Se presentan una serie de planteamientos similares a los de la escala de Likert, pero asumiéndose que cada escalograma está dirigido a estudiar un solo detalle de cada aspecto en particular, siendo entonces “unidimensionales”. En este tipo de escalas hay gradación interna y externa, la interna respecto al grado de concordancia con el planteamiento propuesto y externa en el sentido de que hay diversos planteamientos similares que varían en intensidad, por lo que se asume que el aceptar el de mayor intensidad es equivalente a aceptar todos los demás y viceversa. Los ítems deben construirse y validarse con especial cuidado, debiendo ser presentados en orden creciente o decreciente de “intensidad”.

2.3.3.1.4. Escala de Thurstone y Chave:

Realizada con ítems que valoran opiniones con valores fluctuantes entre 0 y 11, los cuales, sin embargo, no se muestran a los participantes, quienes sólo deben seleccionar

la opinión con la que concuerden más. Los valores de 1 a 11 se obtienen promediando los valores o pesos que se asignan por un grupo de expertos, implicando que esta escala tiende a representar una medición de intervalos.

2.4. PRÁCTICAS

2.4.1. DEFINICION:

Práctica es un concepto con varios usos y significados. La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. No existe disciplina creada por el ser humano que no se beneficie de la práctica. En primer lugar, cabe mencionar que no se trata de la constante repetición de un ejercicio sin rumbo alguno, sino de un entrenamiento realizado a consciencia, con un cierto grado de organización y con la perseverancia necesaria para no dejarse vencer por los fracasos.

A través de la práctica, no solamente se refuerza lo aprendido, sino que se descubren nuevos conceptos, algunos de los cuales pueden resultar reveladores, imposibles de hallar a través del estudio de la teoría.

2.4.2. TÉCNICAS DE MEDICIÓN DE LA PRÁCTICA

No se necesita una escala para determinar la práctica, solo saber si es o no usuario de dicha actividad.

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Se encontraron los siguientes antecedentes:

3.1. INTERNACIONALES

3.1.1. Autor: QUIÑONES Zahira, Ovalles Juan, Tejada Joamery, Faringthon Esmirna, Guzmán Karina, Hernández Liliana, et.

- A. Título: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE EL ESCRUTINIO DE CANCER DE PROSTATA EN HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS SANTIAGO-REPUBLICA DOMINICANA
- B. Tipo: Trabajo de investigación
- C. Fuente: Anales de Medicina PUCMM
- D. Resumen: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el periodo 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 ($p=0.0004$). 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. DISCUSION: La mayoría de los hombres tienen un escaso nivel de conocimiento 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.

3.1.2. Autor: ARBELÁEZ Juan, Montealegre Nora

- A. Título: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LOS EXÁMENES UTILIZADOS EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN HOMBRES DE DOS COMUNAS DE MEDELLÍN
- B. Tipo: Trabajo de investigación
- C. Fuente: ESCIELO
- D. Resumen: OBJETIVOS: identificar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín. METODOLOGIA: estudio de corte transversal realizado mediante muestreo probabilístico estratificado. Se aplicó una encuesta dirigida de 38 preguntas. En el análisis descriptivo se utilizaron porcentajes; en el bivariado se calculó la razón de prevalencias y el intervalo de confianza al 95%, con un valor de significancia de $p < 0,05$. RESULTADOS: se realizaron 83 encuestas en 14 clubes de vida de las comunas dos y cuatro de Medellín. El 68,7% de los participantes presentaron conocimientos adecuados; el 43,4%, actitudes adecuadas; y el 38,6%, prácticas adecuadas. Se observó que la posibilidad de que los hombres tuvieran actitudes adecuadas con conocimientos adecuados fue de 1,9 veces (IC 95% = 1,4-2,7) que en los hombres con conocimientos inadecuados. Además, la posibilidad de que los hombres presentaran prácticas adecuadas con actitudes adecuadas

fue de 0,8 veces (IC 95% = 1,2-2,7) más que en los hombres con actitudes inadecuadas. DISCUSION: 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 conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas.

3.1.3. Autor: ROMEO Federico, Santos Romero Karen, Brenny Thadeu, Pilati Roberto, Kulysz David, De Oliveira Fernando.

A. TÍTULO: RAZONES POR LAS QUE LOS PACIENTES RECHAZAN EL TACTO RECTAL CUANDO SE SOMETEN A CRIBAJE DE CÁNCER DE PRÓSTATA

B. Tipo: Trabajo de investigación

C. Fuente: Archivos de Urología en Español 61, 61 (759-765), 2008

D. Resumen: OBJETIVO: Evaluar las razones por las que los pacientes rechazan el tacto rectal cuando se someten a cribaje de cáncer de próstata. MÉTODOS: 450 hombres fueron evaluados respectivamente en un programa de educación sobre cáncer de próstata consistente en conferencias, evaluación del PSA y tacto rectal. Se compararon los pacientes que rechazaron el tacto rectal con los que aceptaron hacérselo considerando las variables epidemiológicas, sociales y culturales. RESULTADOS: 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 (4,4% vs. 10,4%, $p = 0,038$). 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 (9,6% vs. 1,4%, $p = 0,018$). El 84% de los que rechazaron el tacto rectal

tenían un concepto erróneo sobre el cribaje cáncer de próstata frente al 46,9% de los controles ($p = 0,002$); en 43,7% del grupo que rechazaron el tacto rectal esperaban una molestia severa frente al 28,1% del grupo control ($p = 0,090$); el miedo a que le fuera detectado cáncer durante el tacto rectal está presente del 34,4% de los pacientes que rechazaron el tacto rectal frente al 46,9% de los controles ($p = 0,121$); y el 53,1% de los pacientes que rechazaron el tacto rectal respondieron que este era una motivo de vergüenza, frente al 15,6% de los pacientes del grupo control ($p = 0,019$).
CONCLUSIONES: 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 y la vergüenza, especialmente cuando se someten a cribaje por primera vez.

3.1.4. Autor: ARROLL B, Pandit S, Buetow S.

E. TÍTULO: PROSTATE CANCER SCREENING: KNOWLEDGE, EXPERIENCES AND ATTITUDES OF MEN AGED 40-79 YEARS

F. Tipo: Trabajo de investigación

G. Fuente: N Z Med J. 2003 Jun 20:116

H. Resumen: Objetivo: determinar el nivel actual de conocimientos sobre el cáncer de próstata (CaP), incluyendo opciones de tratamiento y los efectos secundarios potenciales del tratamiento, entre los hombres mayores. METODO: Los cuestionarios administrados por médicos generales en 5 prácticas generales en las áreas metropolitanas y regionales de Perth de Australia Occidental. muestra de conveniencia de los hombres de 40 a 80 años ($n = 503$) con o sin cáncer de próstata se presentan para las consultas de rutina. RESULTADOS: El ochenta por ciento de los hombres no

conocían la función de la próstata y el 48% no identificaron el cáncer de próstata como cáncer interno más común en los hombres. 35% por ciento no tenía ningún conocimiento de los tratamientos para el cáncer de próstata y el 53 % no tenía conocimiento de los efectos secundarios de los tratamientos. Preguntado cómo iban a llegar a una decisión sobre el tratamiento, el 70 % dijo que pediría al médico general/especialista para todas las opciones y así decidir por sí mismos. CONCLUSIONES: Este estudio confirma un déficit en el conocimiento de la enfermedad entre los hombres en el grupo de edad de riesgo. La falta de conocimiento zonas que podrían retrasar el diagnóstico y el tratamiento. En general, la población prefiere alguna participación médico general/especialista en la toma de decisión del tratamiento.

3.1.5. Autor: MUÑOZ María, Sossa Luis, Ospina Jhon, Grisales, Rodriguez Jose.

- A. TÍTULO: PERCEPCIONES SOBRE EL CANCER DE PRÓSTATA EN POBLACIÓN MASCULINA MAYOR DE 45 AÑOS. SANTA ROSA DE CABAL, COLOMBIA 2010
- B. Tipo: Trabajo de investigación
- C. Fuente: Promoción de la Salud, Volumen 16, No.2, julio - diciembre 2011, págs. 147 - 161
- D. Resumen: Algunas percepciones sobre el cáncer de próstata en hombres mayores de 45 años fueron identificadas en Santa Rosa de Cabal (Risaralda), con el propósito de generar estrategias de promoción de la salud sobre el tema. Estudio descriptivo con 150 hombres voluntarios que firmaron consentimiento informado. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 30 preguntas orientadas por el modelo de creencias en salud de Hochbaum et al. Los datos se organizaron, codificaron y categorizaron. Los participantes eran en su mayoría casados (53%), procedentes del área urbana (69%),

escolaridad primaria (53%), de estratobajo (81%), régimen subsidiado de salud (73%) y religión católica (95%). De todos los entrevistados, el 76% se consideró vulnerable al cáncer de próstata si eran mayores de 60 años. Ellos identificaron los siguientes factores de riesgo: el hábito de fumar (29%), los comportamientos sexuales promiscuos (8%), la mala nutrición (5%) y la herencia (7%). El 60% consideró tener conocimientos sobre la enfermedad y el 97% era consciente de su gravedad. Un 98% de los hombres reconocían los beneficios del diagnóstico oportuno, pero solo unos pocos (27%) se habían realizado el examen. Se plantearon tres barreras para su realización: falta de conocimientos (37%), afectación de la masculinidad (33%) y dificultad en el tratamiento (94%); esto último derivado del alto costo y bajo acceso al servicio especializado. Las barreras culturales, económicas y de acceso a servicios de salud superan los beneficios percibidos con el tratamiento, lo cual se refleja en la baja intención de práctica del examen diagnóstico. Se requiere implementar estrategias de educación participativa.

4. OBJETIVOS:

4.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa durante el periodo enero-febrero 2014.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer características socioeconómicas de los varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa durante el periodo enero-febrero 2014.
- Determinar el nivel de conocimientos sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa durante el periodo enero-febrero 2014.
- Establecer el nivel de actitudes sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa durante el periodo enero-febrero 2014.
- Determinar la práctica de los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa durante el periodo enero-febrero 2014.

5. HIPÓTESIS

- Siendo la investigación de nivel descriptivo no requiere hipótesis.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN:

1.1. Técnicas:

Para la evaluación el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas se aplicará un cuestionario con una ficha de recolección de dato.

1.2. Instrumento:

Ficha de recolección de datos, en la cual se consignarán los datos necesarios para alcanzar nuestros objetivos.

1.3. Materiales de Verificación:

- Material de escritorio
- PC Intel Core i3
- Impresora
- Sistema Operativo Windows 7
- Procesador de Texto Word 2010
- Soporte estadístico “Statistica v.10.0”

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

1.1. Ubicación Espacial

La presente investigación se realizará en la ciudad de Arequipa – Perú.

1.2. Ubicación Temporal

Al ser un trabajo de investigación de tipo transversal se tomarán los datos en una sola oportunidad en febrero del 2014.

1.3. Unidades de Estudio:

Varones mayores de 40 años que laboren en la Región Policial de la ciudad de Arequipa.

A. Universo – Población :

Varones mayores de 40 años que laboren en de la Región Policial de la ciudad de Arequipa.

a) Criterio de inclusión

- Se incluirán a todos los varones mayores de 40 años que de manera voluntaria decidan participar en la investigación que trabajan en la Región Policial Arequipa.

b) Criterios de exclusión

- A los varones mayores de 40 años que no desee colaborar con la investigación y aquellos que no trabajan en la Región Policial Arequipa.

B. Muestra:

Dado que la población máxima posible es de 6891 policías, se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas conocidas.

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{\frac{(N - 1) \cdot E^2}{Z\alpha^2} + p \cdot q}$$

Donde:

N = tamaño de la población = 6891 policías en la región Arequipa

n = tamaño de la muestra

Zα = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = es una estimación preliminar = 0.5

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 363,92 ≈ 364 casos como mínimo

3. ESTRATEGIA Y RECOLECCIÓN DE DATOS:

1.1. Organización:

Se procederá a solicitar la aprobación por la Universidad Católica de Santa María.

Se realizarán coordinaciones con la dirección la Región Policial Arequipa para lograr la autorización para acceder a las unidades de estudio.

Se contactará al jefe de personal para obtener una nómina de los trabajadores varones mayores de 40 años, a los cuales se buscará de manera individual en sus servicios, se explicará el motivo de la investigación y se solicitará su participación voluntaria, asegurando el anonimato de sus respuestas.

La recolección de datos será realizada por el autor de la tesis.

Los datos recolectados serán transformados al sistema digital y se procesarán en hoja de cálculo Office Microsoft Excel 2010 de donde obtendremos los respectivos cuadros de estudios para la presentación y descripción de los resultados.

1.2. Recursos:

A. Recursos Humanos:

La autora: Alexis María Campos Veliz

El asesor: Dr. Mendoza del Solar

B. Recursos físicos:

- Material de escritorio
- Ficha de recolección de datos
- PC Intel Core i3
- Sistema Operativo Windows
- Software Procesador de Texto y Hoja de Cálculo
- Impresora y material de impresión

C. Recursos Financieros:

Financiado por el autor

1.3. Validación de los instrumentos:

Se aplicó una prueba piloto a 20 personas, para verificar la validez de contenido con ayuda de un experto en el tema (tutor), así mismo para verificar la validez de constructo; la consistencia interna de los cuestionarios se verificó mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, alcanzando valores de $\alpha = 0.80$ para el cuestionario de conocimientos, de $\alpha = 0.77$ para las actitudes, y de $\alpha = 0.87$ para el cuestionario de prácticas.

El nivel de conocimientos se expresará en escala vigesimal, considerando la escala de calificación para educación básica regular: 0-10 deficiente, 11-15 Regular, 16-20 Bueno.

El nivel de actitudes se evaluará con la escala de Likert de 5 ítems, considerando un puntaje máximo de 5 puntos y mínimo de 1 punto, invirtiendo la escala en preguntas de sentido negativo, con lo que se tendrán puntajes entre 10 y 50 puntos; se realizará una distribución percentil, considerando actitudes negativas aquellas entre el percentil p0 y p33; actitudes indiferentes entre el p34 y p66, y actitudes positivas entre el p67 y p100.

La práctica del examen se evaluará con una pregunta índice, que es el de la realización previa de alguno o más de los exámenes evaluados.

4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados:**A. A nivel de la recolección:**

Se encuestará a los varones mayores de 40 años que de forma voluntaria decidan colaborar.

B. A nivel de la sistematización:

Para el procedimiento se tabulará manualmente los datos recogidos para luego convertirlos al sistema digital, para su

posterior análisis estadístico, en el programa estadístico “Statistica versión 10.0” para Windows.

C. A nivel de clasificación:

Se empleará matriz de sistematización en hoja electrónica de cálculo (Statistica versión 10.0) a nivel de codificación alfa numérica para las variables cualitativas y cuantitativas.

D. A nivel de recuento:

Sera electrónico a cargo del programa.

E. A nivel de análisis de datos:

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango y desviación estándar) para variables continuas, las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para análisis de datos se utilizará el paquete estadístico Statistica versión 10.0.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Enero 14				Febrero 14				Marzo 14			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	X											
2. Revisión bibliográfica		X										
3. Aprobación del proyecto			X	X								
4. Ejecución				X	X	X						
5. Análisis e interpretación							X	X	X			
6. Informe final										X		

Fecha de inicio: 04 Enero 2014

Fecha probable de término: 05 Marzo 2014