

DISEÑO DE UN CUESTIONARIO PSICOMÉTRICO PARA EVALUAR CREENCIAS, ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS ASOCIADOS A LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

**Stefano Vinaccia, Hamilton Fernández, Fanny Sierra,
Mery Monsalve, Japcy Margarita Quiceno**
Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

RESUMEN

El objetivo de la siguiente investigación fue diseñar un cuestionario psicométrico para medir creencias, actitudes y conocimientos asociados a la hiperplasia prostática benigna. Participantes: 61 sujetos del sexo masculino, con edades que oscilaron entre los 35 y 65 años residentes en la ciudad de Medellín, Colombia. Instrumentos: se diseñó un cuestionario con cinco opciones de respuesta tipo likert compuesto de 85 preguntas. Todos los ítemes fueron sometidos al análisis factorial con rotación Varimax y emergieron cuatro dimensiones, de los cuales sólo tres cumplieron con las características para ser tomados como representativos en la estructura factorial de la prueba. Una vez confirmadas las tres dimensiones, se analizó la consistencia interna de los ítemes en cada dimensión mediante el cálculo separado del alpha de Cronbach para cada grupo de ítemes, incluyendo la correlación parcial de los ítemes con el total de la dimensión al cual se integra. En esta etapa, se definió qué ítemes podrían ser eliminados por su baja correlación con el resto del instrumento. El instrumento final denominado "Cuestionario CHBP" (Sierra & Monsalve, 2004) estuvo compuesto por 11 ítemes y dos dimensiones: función sexual (9 ítemes) y actitud ante el examen médico y la enfermedad (2 ítemes). Conclusión: se observó desinformación acerca de la hiperplasia prostática benigna y su relación con la función sexual en los pacientes del estudio.

* E-mail: vinalpi47@hotmail.com

Palabras clave: creencias, actitudes, conocimientos, hiperplasia prostática benigna.

ABSTRACT

The aim of the following investigation was to design a questionnaire psychometric to measure beliefs, attitudes and knowledges associated with the prostate benign hyperplasia. Participants: 61 subjects of masculine sex, with ages that ranged between 35 and 65 years old, resident in the city of Medellin, Colombia. Instruments: a questionnaire designed with five options of response type liker composed of 85 questions. All the items were submitted to the analysis factorial by rotation Varimax and emerged four extents, of which only three expired with the characteristics to be taken like representative in the structure factorial of the test. Once confirmed 3 extent, alpha of Cronbach analyzed the internal consistency of the items in every extent by means of the separated calculation of for every group of items, including the partial correlation of the items with the whole of the extent to which it joins. In this stage, there were defined what items might be eliminated by his low correlation by the rest of the instrument. The final instrument called "Questionnaire CHBP" (Sierra & Monsalve, 2004) was composed by 11 items and 2 extents: Sexual Function (9 items) and Attitude before the Medical Examination and the Disease (2 items). Conclusion: disinformation was observed it brings over of the prostate benign hiperplasia and his relation with the sexual function in the patients of the study.

Key Words: Beliefs, attitudes, knowledges, prostate benign hyperplasia.

INTRODUCCIÓN

En la década de los años veinte del siglo XX, es decir hace unos 84 años, se creía que las enfermedades relacionadas con la próstata se derivaban directamente de un abuso en la frecuencia del acto sexual. Como ha sucedido usualmente a los males asociados a la sexualidad, se han creado una clase de mitos que la ciencia ha empezado a despejar.

En este sentido desde 1940 y especialmente en Estados Unidos, el

crecimiento de las enfermedades relacionadas con la próstata presionó a la comunidad científica a buscar explicaciones del fenómeno, posibles curas y prevenciones de esta enfermedad.

Según Uribe (1999), la próstata muestra una alta frecuencia de presentar alteraciones funcionales, pues a pesar de su pequeño volumen, tiene alto grado de factibilidad de presentar cáncer, lesiones crónicas y crecimiento benigno.

Las estadísticas afirman que tan sólo durante 1995 unos 187 000 hombres fueron ingresados en clínicas y hospitales por cáncer de próstata en los Estados Unidos, y unos 65 000 murieron por la misma causa; cada día la tasa de muerte por cáncer de próstata aumenta considerablemente OMS/OPS, (2002). Según Castilla (2003), en un estudio realizado en el Seguro Social Seccional del departamento del Atlántico, Colombia, de 401 pacientes oncológicos que se atienden actualmente, 119 padecen cáncer de próstata.

Con respecto a la hiperplasia prostática benigna (HPB) o aumento del tamaño de la próstata, enfermedad crónica que se abordará en este estudio; algunas investigaciones plantean que es la enfermedad predominante en los hombres mayores, y la enfermedad de incidencia de síntomas probablemente en aumento en el nuevo milenio (Kirby, 1999). Sin embargo, Martínez (1998) plantea que hay estudios recientes, los cuales adelantan la aparición de la HPB a los 35 años de edad. Asimismo, la hiperplasia prostática es conocida por los efectos negativos en la calidad de vida de uno a tres hombres de 50 años de edad (Simpson, 1997).

Por otro lado, Uribe (1999) afirma que el tumor benigno más común en el ser humano es la hiperplasia prostática, la cual se hace más prevalente hacia la edad de 50 años; y llega a ser universal en hombres mayores de 80 años, convirtiéndose esta enfermedad en un problema

epidemiológico de grandes proporciones. Un porcentaje bajo de pacientes, alcanza una fase de complicaciones graves; pero desde las fases iniciales de la enfermedad, el paciente está expuesto a una serie de molestias que afectan el normal desarrollo de sus actividades diarias.

Desde esta perspectiva, aproximadamente un 60% de los hombres entre las edades de 40 y 50 años, sufren agrandamiento de la próstata o hiperplasia benigna prostática. Los costos anuales en función de los cuidados médicos y cirugía para esta condición sólo en los Estados Unidos, superan los 2000 millones de dólares, con 1,7 millones de consultas médicas y 300 000 cirugías cada año OMS/OPS, (2002).

La hiperplasia benigna prostática es a menudo una enfermedad silenciosa, por lo cual un gran porcentaje de hombres, consultan al médico cuando la enfermedad ya ocasionó complicaciones que afectan en diferentes grados su vida diaria. Así, según datos suministrados por una de las entidades de salud de alta tecnología en Medellín, Colombia de cada 100 hombres que consultan, uno es hospitalizado por hiperplasia benigna prostática, 1,1% son intervenidos quirúrgicamente por esta patología; y un 0,4% de hombres con esta enfermedad ingresan por urgencias. De acuerdo a las bases de datos del DANE, Ministerio de Protección Social, Servicio Seccional de Salud de Antioquia y Secretaria de Salud del Municipio de Medellín, no se encontraron regis-

tros con respecto a los perfiles de morbilidad de esta patología en Colombia.

A diferencia de otras dolencias silenciosas, que en ocasiones sólo se manifiestan cuando está muy avanzada la enfermedad, la próstata comienza a dar señales de alarma para avisar a la persona que está creciendo. Estas señales (dificultad para orinar o para iniciar la micción, chorro urinario débil, necesidad de orinar frecuentemente y por la noche, sensación de vaciado incompleto, necesidad de apretar para conseguir vaciar la vejiga, goteo de orina al acabar; sensación imperiosa de orinar) se incrementan con el paso del tiempo y es importante atenderlas a la mayor brevedad para tratarlas sin mayores complicaciones.

Algunas investigaciones sugieren la naturaleza progresiva de la hiperplasia prostática benigna. Temmi (2003) realizó un estudio longitudinal en una cohorte de hombres sin tratamiento médico por un período de cinco años, quienes respondieron el cuestionario IPSS (Cuestionario Internacional de Evaluación de Síntomas Prostáticos) entre 1996 y 2001; encontrando una progresión lenta pero constante de la enfermedad.

Sobre la misma línea Djavan (2002) evaluó si la HPB era una enfermedad progresiva, qué evidencias había para ello, y qué parámetros clínicos podrían ser identificados como factores de riesgo de la progresión y la prevención de ésta, a través de un

cuestionario de 15 ítemes distribuido para un total de 472 personas en 47 países. En esta investigación se concluyó que, aunque la HPB es una enfermedad benigna tiene un impacto considerable en la calidad de vida de los pacientes. Su naturaleza progresiva y la identificación de los factores de riesgo para la progresión garantizan investigaciones posteriores.

Con respecto a los factores de riesgo, Uribe (1999) plantea que las investigaciones acerca de la próstata son incesantes y, aunque los estudios sobre los factores asociados a la patología no son concluyentes se considera que la incidencia de hiperplasia prostática se incrementa dramáticamente con la edad y la presencia de testículos funcionales. Sin embargo, la edad no puede considerarse en sí misma un factor de riesgo.

Otros factores de riesgo son los genéticos, ello se evidencia en los estudios de Sanda (1994 citado por Uribe, 1999) los cuales han demostrado un componente genético inherente a la HPB que parece ser del tipo autonómico dominante. También es conocida la baja incidencia de HPB entre los asiáticos, con tasas del 7% o menos, comparada con otras razas.

Además, se ha asociado la HPB con estilos de vida. Al respecto, Gass (2002) llevó a cabo una investigación sobre los efectos opuestos del alcohol y el café en la prolongación y severidad de la hiperplasia benigna prostática con 882 hombres de 65, 70, 75 y 80 años de edad. Se evaluaron variables como la edad, educación pro-

fesional y el estilo de vida; concluyendo que el consumo de alcohol, cigarrillo y café puede estar involucrado en la patofisiología de la HPB. Sin embargo estos autores plantean que son necesarios estudios epidemiológicos para evaluar que el no consumo de éstos evita el riesgo de HPB.

Contrario a lo que plantea Gass; Ning (2003) en su investigación “un estudio del control en los factores de riesgo de la HPB”, realizado con 100 pacientes mayores de 60 años como grupo de estudio y 100 hombres sin HPB (excluyendo el cáncer de la próstata y la prostatitis) como grupo control; encontraron que la prostatitis, el consumo excesivo de carnes al comienzo de los ochenta años y la alta presión sanguínea, fueron factores de riesgo probables para la HPB, mientras que el fumar cigarrillo y el consumo de alcohol eran posibles factores protectores para la HPB.

También se ha postulado que elementos de la dieta como ciertos vegetales amarillos y la soya, tienen una función protectora frente a la HPB por su alto contenido de fitoestrógenos, los cuales tienen efectos antiandrogénicos en la próstata. Por otra parte, existe controversia sobre una mayor incidencia clínica de HPB en pacientes con *diabetes mellitus*, hipertensión o enfermedades cardiovasculares (Uribe, 1999).

Chokkalingam (2003) realizó un estudio de corte basado en la población de Suecia donde se plantea el riesgo de cáncer de próstata subsecuente al diagnóstico de hiperplasia prostática benigna. Patológicamente la HBP, no

es considerada un precursor para el cáncer de próstata. Sin embargo, debido a que estas dos condiciones no comparten solamente un ambiente hormonal similar dentro de la próstata, sino también varios factores de riesgo comunes, es posible que en los hombres con HPB se aumente el riesgo de cáncer de próstata.

Dentro de este contexto, se plantea que no se puede evitar la aparición de la HPB, ya que sus causas son poco conocidas, pero pueden prevenirse sus complicaciones tratándola a tiempo (Gómez, 2002).

Poco se sabe sobre las últimas complicaciones y la morbilidad asociadas a la HPB no tratada, las cuales comprometen la calidad de vida del sujeto. Dentro de estas complicaciones pueden darse: retención aguda y crónica de orina, infección del tracto urinario, divertículos vesicales, inestabilidad vesical, hematuria, incontinencia por rebosamiento, hidronefrosis, insuficiencia renal y muerte, (Gómez, 2000).

No existen actualmente datos fiables acerca de la HPB como causa primaria de muerte en la mayor parte de los países desarrollados. Aunque la mortalidad por HPB, es extremadamente escasa en los Estados Unidos y son muy poco frecuentes las complicaciones serias; sin embargo, los síntomas interrumpen las actividades de la vida diaria o el sueño, crean ansiedad o reducen la percepción de una buena salud en general; de igual manera, la calidad de vida puede disminuir perceptiblemente.

Según un estudio realizado por Garraway (1993 citado por Uribe, 1999) en trabajadores y no trabajadores de una comunidad del Reino Unido; un porcentaje bajo de pacientes con HPB alcanzará una fase de complicaciones graves, pero desde las fases iniciales de la enfermedad el paciente estará expuesto a una serie de molestias que limitan su vida diaria. Además, Uribe (1999) plantea que a pesar de los casos de mejoría espontánea registrados, la enfermedad con el tiempo tiene un curso irreversible con presencia de complicaciones graves y por ende, deterioro en la calidad de vida.

Por otro lado, Mitropoulos (2002) en un estudio realizado a 50 parejas donde el hombre sufría de síntomas de HPB, se evidencia el impacto que tiene esta patología en la calidad de vida sexual de la mujer.

De igual manera, algunas investigaciones muestran la relación entre la hiperplasia benigna prostática y la función sexual. Jakobsson, Loven y Halberg (2001) en un estudio realizado con 286 hombres con cáncer de próstata ($n=155$) y HPB ($n=131$), identificaron más problemas sexuales que en hombres de la población general ($n=129$). La disfunción sexual fue reconocida considerando el placer sexual, la atracción, la función eréctil, la satisfacción sexual y el deseo sexual.

También, Schulman (2001) plantea que la hiperplasia benigna prostática puede tener un profundo efecto en la función sexual de los pacientes. Sin embargo, Richard (2001) en un estudio llevado a cabo con 2372

hombres de 50 a 80 años de edad, reportan que sólo el 29% de los hombres hablan acerca de sus problemas sexuales y urinarios, respectivamente.

De acuerdo con lo anterior, la detección tardía del crecimiento de la próstata puede incrementar significativamente los costos en salud al favorecer la aparición de complicaciones. De modo adicional, el riesgo para el paciente es aún mayor, cuando no es identificado a tiempo un cáncer de próstata.

Es por esto que, se recomienda a todo varón de 40 años o más, examinarse la próstata al menos una vez al año (Hamand, 1997; Uribe, 1999; Simpson, 1997).

Ahora bien, mientras para las mujeres la visita al ginecólogo es tan natural como obligada, para muchos hombres la visita al urólogo se da sólo cuando la molestia o enfermedad está muy avanzada. Uribe (1999) afirma:

“los hombres no consultan a tiempo, realmente porque los domina el ego machista y el miedo a exponer su intimidad durante el examen médico”.

Según Xochipiltecatl (citado por Martínez, 1998), existen realmente muchas creencias y falacias en torno a la próstata, su revisión y los problemas relacionados con ella antes de visitar al urólogo. Dichas creencias son las causantes de descubrimientos tardíos de afecciones prostáticas que, tal vez tratadas tempranamente podrían haberse controlado. Es precisamente ese tabú, el que explica que aun cuan-

do un individuo presente síntomas los ignore y, por su puesto, postergue al máximo la visita al médico.

En este sentido, los temores o inhibiciones que puedan experimentar los hombres para llevar a cabo la revisión médica, pueden estar relacionados con las creencias que se tengan con respecto a la enfermedad o el tratamiento. Rokeach (1976 citado por la OMS/OPS, 2002) plantea que,

“una creencia es un preposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace; es una predisposición a la acción”.

Con respecto a creencias referentes a las alteraciones de la próstata, la tendencia investigativa que más se encontró fue relacionada con el cáncer de próstata y el examen para detectarlo. Es así como, Farrel, *et. al.* (2002) concluye que la información suministrada a los pacientes en relación con la identificación precoz del cáncer de próstata no es suficiente y, debe ser considerada la comprensión de las creencias de los individuos vinculadas a la salud y la enfermedad.

Por otra parte, Clarke- Tasker y Wade (2002) en un estudio realizado con dos grupos de hombres afroamericanos con edades entre 38 a 80 años, en el cual se aplicó el modelo de creencias de salud para determinar los conocimientos, actitudes, la percepción del cáncer de próstata y los métodos tempranos de detección; encontraron que los hombres entre 40 y 50 años de edad expresan preocupación acerca del posible cambio en su

vida sexual si hay diagnóstico de cáncer de próstata; además, ellos consideran el examen del tacto rectal dificultoso e incómodo; sin embargo, no se oponen a hacérselo.

Según Farrel, *et. al.* (2002), la influencia que ejercen los sistemas de creencias en la percepción del mundo humano, suele ser comparable a la función que cumplen los órganos de los sentidos en la construcción de las representaciones sensoriales. Por este motivo, suele ser un tópico fundamental en las disciplinas que tratan de comprender, explicar y modificar el comportamiento humano.

Desde esta misma perspectiva, Edwards (2002) realizó un estudio con 147 militares de 40 y más años, con el objetivo de identificar la frecuencia con la cual ellos se hacían el examen de cáncer de próstata, usando el modelo de creencias de salud, encontraron que la educación y la percepción de los beneficios del examen de tacto rectal y la prueba en sangre del antígeno específico de próstata, diferencian mejor a quienes se examinaban anualmente, comparado con los que no se realizan el examen.

Se hace evidente acá, la relación existente entre creencias, conocimientos y actitudes. Para la OMS/OPS (2002), al realizar una investigación empírica es casi imposible desde el punto de vista práctico y metodológico, separar actitudes y creencias. De ahí, que una actitud sea definida como:

“una organización relativamente duradera de creencias en torno a un obje-

to o situación, la cual predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada”.

Asimismo, el conocimiento brinda un significado a las actitudes y creencias e implica datos concretos sobre los cuales se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. Sin embargo, el conocimiento no garantiza una conducta adecuada.

De esta manera, al igual que sucedió con las creencias, la tendencia investigativa encontrada fue en cáncer de próstata. Así, en una encuesta realizada por la asociación mundial de pacientes con cáncer de próstata (PROnet) creada en septiembre del 2000, se concluyó que la detección precoz y el tratamiento eficaz del cáncer de próstata se ve obstaculizado por la ignorancia, la explicación inadecuada de las opciones de tratamiento y las decisiones apresuradas. Además, Newling (2002) sugiere que la mejor manera de reducir la mortalidad es que los hombres sean conscientes de los factores de riesgo, estén informados sobre posibilidades de detección y tratamiento, y participen en el control de su propia salud.

La hiperplasia prostática benigna es una enfermedad a menudo silenciosa, que si no es tratada puede conducir a complicaciones diversas, las cuales comprometen la calidad de vida del sujeto. Estas complicaciones se podrían prevenir si los hombres después de los 40 años se examinaran anualmente la próstata. Sin embargo, el tabú

y las creencias que existen con respecto a la próstata y su revisión, impide en muchos casos diagnosticar a tiempo, no sólo la hiperplasia benigna de la próstata sino el cáncer de próstata (Gómez, 2000).

Las creencias representan los componentes primordiales y determinantes de las actitudes; pueden moldear, influir en el grado de salud, creatividad y la manera como se relaciona el ser humano. De ahí, que conociendo las actitudes y creencias de una persona con respecto a algo, es posible predecir más fácilmente sus prácticas, hábitos o respuestas establecidas para una situación común (OMS/OPS, 2002).

En un estudio descriptivo comparativo del examen de cáncer de próstata, relacionado con las creencias y prácticas en salud de dos grupos de hombres mayores de 45 años realizado por Lambert (2002), se encontró que hay una diferencia significativa entre las creencias de los dos grupos. La fe, fue la creencia más relevante en los hombres americanos, mientras los hombres caucásicos creen que ellos probablemente van a desarrollar cáncer de próstata. Además, los resultados de este estudio también muestra, un número significativo de hombres que reportan nunca haberse realizado el examen.

Por otra parte, en una investigación no experimental llevada a cabo por Fearing (2000) en la cual se tenía como propósito identificar a través de un cuestionario autoadministrado el nivel de conocimientos, creencias y

prácticas en salud de los hombres afroamericanos con respecto al examen y detección temprana del cáncer de próstata, se halló que los participantes creen que el cáncer de próstata no es prevenible y el tratamiento podría ser doloroso y deteriorar la función sexual. Además, dicen que cuentan con su fe para mantenerse saludables.

De acuerdo con lo señalado y considerando que hacia el futuro, uno de los factores que obliga a un conocimiento adecuado del diagnóstico y manejo de la hiperplasia benigna prostática (HPB) por parte de los profesionales de la salud, es el aumento proyectado de la población mayor de 60 años, con una esperanza de vida en muchos países, superior a los 80 años, lo cual implica entre 80-90% de HPB con un 50% de sintomáticos. Se deben implementar o fortalecer acciones como la revisión de la salud prostática y el rápido acceso al diagnóstico o tratamiento sí es necesario, previniendo así, las complicaciones graves de esta patología (Uribe, 1999).

En este orden de ideas, en este estudio se busca identificar las creencias, actitudes y conocimientos acerca de la hiperplasia benigna prostática, aspectos que influyen en la cultura de la prevención y el autocuidado; en una población de hombres entre 35 y 65 años de edad, residentes en el municipio de Medellín.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación pretende hacer un aporte a la psicología de la salud, en tanto que identifica variables presen-

tes en los participantes con respecto a creencias, actitudes y conocimientos hacia la hiperplasia benigna prostática; permite continuar con este tema de investigación y en estudios más controlados, especificar el tipo de creencias, actitudes y conocimientos que inhiben o facilitan a la población masculina la realización de un examen médico de la próstata a tiempo y así, prevenir el desarrollo de alteraciones más graves.

También se explorará acerca de la HPB que, según Gómez (2000) requiere de investigaciones en diversos aspectos (tratamiento, calidad de vida, morbimortalidad, prevalencia, entre otros), y frente a la cual hay bastantes y variados interrogantes relacionados con el papel que juegan las creencias acerca de la HPB y su incidencia en la consulta médica preventiva, así como los programas de prevención de la HPB implementados por las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, además de otras entidades de salud públicas.

Otra razón justificadora de este estudio está relacionada con la construcción y validación preliminar de un cuestionario tipo *likert* dirigido a la población masculina entre 35 y 65 años de edad; para evaluar creencias, actitudes y conocimientos de enfermedades relativas a la próstata específicamente la HPB, puesto que durante el proceso investigativo no se encontraron instrumentos que permitieran la evaluación de estas variables.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Previo consentimiento informado y explicación de los objetivos del estudio se trabajó con una muestra de 61 hombres con edades que oscilaron entre los 35 y 65 años, con una edad media de 45 años, residentes del municipio de Medellín, Colombia quienes no presentaron diagnóstico de hiperplasia prostática. La mayoría de los sujetos del estudio tenían estado civil soltero (65.1%) el resto se agrupó entre casados y separados (18.1%). En cuanto al estrato socioeconómico hay mayor agrupamiento en la clase media (3 y 4) con un 51,1%. Es de resaltar que todos los sujetos se tenían actividad laboral.

donde se consideró el procedimiento planteado por Batista (1982) para diseñar escalas Likert. Para construir los diferentes ítemes se consideró un grupo focal con 30 hombres donde se consideraron tópicos asociados a creencias, conocimientos y actitudes con respecto a la hiperplasia prostática benigna. De este trabajo surgió un instrumento de cinco opciones de respuesta tipo *likert*, 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 indeciso o dudoso, 4 de acuerdo y 5 totalmente de acuerdo, con 85 ítemes que se presentan a continuación:

1. Pienso que el examen del tacto rectal despierta las tendencias homosexuales.

TABLA 1. Características sociodemográficas de la muestra

		Frec. (%)
Edad	Edad 35-45	28 (45,9%)
	Edad 46-55	17 (27,8%)
	Edad 56-65	16 (26,2%)
Estado civil	Casados	10 (15,1%)
	Solteros	43 (65,1%)
	Separados	2 (3,0%)
	No responde	11 (16,6%)
Estrato	2	10 (15,5%)
	3	20 (30,0%)
	4	14 (21,1%)
	5	7 (10,1%)
	No responde	15 (22,7%)
Ocupación	Empleados	61 (90,9%)

INSTRUMENTO

Se desarrolló un cuestionario experimental para evaluar las creencias, actitudes y conocimientos acerca de la hiperplasia prostática benigna (CHPB), (Sierra & Monsalve, 2004),

2. Si me enfermo de la próstata hay deterioro en mi función sexual.
3. Si voy a consultar por problemas de próstata pierdo masculinidad.
4. Pienso que no me enfermaré de la próstata.

5. No me hago el examen del tacto rectal por falta de información clara por parte del médico.
6. Creo que el tacto rectal es como una violación.
7. Creo que si tengo problemas de próstata no puedo tener relaciones sexuales.
8. Prefiero que el examen del tacto rectal me lo haga una mujer.
9. No me hago el examen del tacto rectal porque creo que no me conviene.
10. Mi respuesta sexual no depende del estado de salud de mi próstata.
11. Me hago el examen del tacto rectal sólo cuando me lo recomienda el médico.
12. No me hago el examen del tacto rectal por iniciativa propia.
13. Creo que si tengo dificultades al orinar necesito revisión médica de mi próstata.
14. La próstata regula mi capacidad eréctil.
15. Si me realizo una cirugía de próstata pierdo la potencia sexual.
16. Si tengo problemas de próstata me siento disminuido.
17. Creo que algunos alimentos evitan el crecimiento de la próstata.
18. Aun soy virgen porque no me han hecho el examen del tacto rectal.
19. Ser prostático para mí significa dejar de funcionar sexualmente.
20. Me da pena decir que tengo problemas de próstata.
21. El examen del tacto rectal es molesto, pero no es nada del otro mundo.
22. Creo que hay una relación directa entre próstata y sexualidad.
23. No me gusta hablar acerca del examen del tacto rectal con nadie.
24. Creo que si tuviera problemas de próstata me volvería de mal genio.
25. Me da miedo o fastidio el examen del tacto rectal porque me introducen el dedo por el ano.
26. Mis relaciones sexuales se limitan a la penetración genital.
27. Pienso que si me hago el examen del tacto rectal dejo de ser hombre.
28. No estoy acostumbrado a desnudarme para que me hagan un tacto rectal.
29. La cirugía de próstata afecta mi respuesta sexual.
30. La cirugía de próstata afecta mi autoestima.
31. Me da pena que sea otro hombre el que me haga el examen del tacto rectal.
32. Creo que si tengo problemas de próstata me puede producir dolor en el momento de tener una erección.
33. Creo que si sufro de la próstata tendré dificultades psicológicas.
34. Disminuirá mi respuesta sexual si me doy cuenta que tengo problemas de próstata.
35. Pienso que si tengo problemas de próstata me volveré caprichoso.

36. No consulto al médico por problemas de próstata por temor a descubrir que tengo cáncer.
37. Si tengo mucha actividad sexual puedo sufrir de problemas de próstata.
38. No voy al médico a consultar sobre mi próstata por miedo a que me diga que tengo una enfermedad.
39. Pienso que por ser hombre no me enfermo.
40. La próstata tiene que ver con mi erección.
41. No me atrevo a reconocer que tengo problemas de próstata.
42. Creo que si tengo problemas de la próstata se me dificultará tener relaciones sexuales.
43. A mí no me da nada, soy un superhombre.
44. Creo que cuando hay problemas de próstata hay manifestación de dolor.
45. La próstata influye en mi capacidad eréctil.
46. Después del examen del tacto rectal no me siento violado.
47. Después de un examen de tacto rectal no siento deseos sexuales.
48. Me da temor que las mujeres se den cuenta que tengo problemas de próstata y ya no me miren.
49. Considero que el examen del tacto rectal es para homosexuales.
50. Considero que el examen del tacto rectal es para hombres mayores de 60 años.
51. Me haría el examen del tacto rectal sólo en casos extremos.
52. Creo que si tuviera un problema de próstata perdería el interés sexual.
53. No me haría el examen del tacto rectal sólo por gusto.
54. Considero que el médico que realiza el examen del tacto rectal tiene aberraciones sexuales.
55. Sólo me haré el examen del tacto rectal cuando tenga problemas para orinar.
56. Si estoy enfermo de la próstata me siento humillado.
57. Si no tengo un chorro continuo al orinar es porque tengo problemas de próstata.
58. Después de un examen de tacto rectal no siento deseos sexuales.
59. No me realizo el examen del tacto rectal porque no tengo ningún síntoma.
60. Pienso que hay otros exámenes para examinar la próstata mejores que el del tacto rectal.
61. Creo que la ropa interior que uso tiene que ver mucho con el problema de próstata.
62. Pienso que si monto mucho en motocicleta me generará problemas de próstata.
63. No me haría el examen del tacto rectal más de una vez.
64. Sabré que tengo problemas de próstata en el momento en que me enferme.
65. No me gusta hablar acerca de la próstata.

66. Si llevo una vida sana evito los problemas de próstata.
67. Pienso que el tema de los problemas de próstata es un tabú.
68. Pienso que si tengo mucha actividad sexual se puede afectar mi próstata.
69. Me da más pena hacerme el examen del tacto rectal con una mujer que con un hombre.
70. Creo que la próstata hace parte de los órganos genitales.
71. Creo que la información acerca de la próstata debe ir por pareja a ambos sexos.
72. Creo que la próstata es una glándula que produce semen.
73. Pienso que la próstata es una glándula que produce hormonas.
74. Creo que cuando hay problemas de próstata no hay síntomas.
75. Cuando hay problemas de próstata hay dificultad para orinar.
76. Pienso que el problema de la próstata es algo genético.
77. Creo que cuando hay problemas de próstata hay manifestación de dolor.
78. Pienso que la próstata es una glándula que se encuentra debajo del recto.
79. Pienso que si tengo problemas de próstata se afecta mi función sexual.
80. Nunca he pensado hacerme el examen del tacto rectal.
81. Pienso que la próstata es una glándula que hace parte del sistema urinario.
82. Pienso que el examen del tacto rectal lo puede hacer cualquier médico.
83. Si siento que orino seguido es porque hay problemas de próstata.
84. Creo que tengo problemas de próstata cuando orino a gotas.
85. Ser prostático para mí significa perder potencia sexual.

El instrumento construido fue sometido a juicio de expertos para darle mayor validez. Éstos los clasificaron en tres categorías: creencias, actitudes y conocimientos. Entre los expertos hubo tres investigadores de la Universidad de Antioquia en el área de la sexualidad, un médico especialista en orientación y educación sexual, un urólogo y dos psicólogos. Las categorías evaluadas se muestran en la tabla 2.

TABLA 2. Categorías del cuestionario CHPB

Categorías	Ítems que la evalúan
Creencias	1, 2, 3, 6, 7, 9, 14, 15, 17, 18, 22, 24, 27, 29, 30, 32, 33, 35, 37, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 49, 50, 52, 54, 61, 62, 68, 79.
Actitudes	4, 8, 11, 12, 16, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 31, 34, 36, 38, 41, 46, 47, 48, 51, 53, 55, 56, 58, 59, 63, 65, 69, 80, 85.
Conocimientos	5, 10, 13, 57, 60, 64, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 82, 83, 84.

PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

Se calculó la asimetría y se hicieron transformaciones a puntuaciones logarítmicas en todas aquellas variables, cuya distribución no era normal al presentar una asimetría $>$ de ± 0.7 . Las variables cuya asimetría no pudieron ser corregidas, luego de diversas transformaciones, fueron excluidas. A aquellos ítems que fueron corregidos, se les realizó un nuevo análisis factorial con el método de componentes principales y una matriz rotada de tipo Varimax, para factores no correlacionados (ortogonales).

El análisis factorial definitivo se hizo usando criterios de restricción para aceptar como estable una dimensión. Estos criterios fueron: selección y eliminación de ítems que cargaban en dos o más dimensiones; de existir ítems compartidos, en uno o dos dimensiones, sólo se aceptaba el ítem, si la diferencia de carga era mayor de 0,20 y se admitía como variable de saturación, la dimensión donde tenía mayor carga; también, se eliminaron los ítems que cargando para una sola dimensión, su carga fuera inferior a 0,40 o dicha carga no existiera. Terminado este procedimiento se hizo un análisis de dimensiones con las variables seleccionadas por el modelo matemático, usando el método de componentes principales y una matriz con rotación ortogonal de tipo Varimax.

También se redujo el número de dimensiones con base en la evalua-

ción del incremento o decremento de varianza total y del alpha de Cronbach. Posteriormente, se extrajo el alpha de Cronbach por cada dimensión y el alpha global de las tres dimensiones encontradas. Finalmente, se hizo el análisis y el establecimiento de los puntajes descriptivos de media y desviación estándar para la muestra.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultados obtenidos en el proceso de validación del instrumento. La primera parte contiene los datos descriptivos obtenidos en la construcción del instrumento CHPB como:

1. análisis factorial con rotación Varimax,
2. coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach o consistencia interna,
3. medidas de tendencia central de cada dimensión y descripción de las dimensiones con cargas superiores a 0,40 y por último, en segunda instancia, se describen las medidas de tendencia central (media, DT y rango) de cada ítem de las dimensiones que conforman el cuestionario definitivo CHPB.

1. ANÁLISIS FACTORIAL CON ROTACIÓN VARIMAX

Los 85 ítems fueron sometidos al análisis factorial con rotación Varimax y emergieron cuatro dimensiones, de los cuales sólo tres cumplieron con las características para ser tomados como

representativos en la estructura factorial de la prueba (véase tabla 3). Los criterios para adoptar esta selección fueron los siguientes: que las dimensiones tuvieran como mínimo dos ítems, que las cargas factoriales de los ítems fueran al menos de 0,40, que no existieran ítems ambiguos con cargas mayores a 0,40 en más de una dimensión. La dimensión 3 por tener un ítem no fue considerado en el diseño del cuestionario final.

2. ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA (ALPHA DE CRONBACH)

Una vez confirmadas las tres dimensiones, se analizó la consistencia interna de los ítems en cada dimensión mediante el cálculo separado del alpha

de Cronbach para cada grupo de ítems, incluyendo la correlación parcial de los ítems con el total de la dimensión al cual se integra (véase tabla 4). En esta etapa, se definió qué ítems podrían ser eliminados por su baja correlación con el resto del instrumento.

El alpha total o consistencia interna del instrumento es de 0,75; la dimensión 1 tuvo una consistencia interna de 0,85 y explica el 43,3% de la varianza; la dimensión 2 obtiene una alpha de 0,73 y explica el 10,5% de la varianza; la dimensión 3 tiene una alpha de 0,85 y explica un 8,77% de la varianza y la dimensión 4 tiene una alpha de 0,26 y explica el 7,60% de la varianza, por su baja consistencia interna fue eliminado.

TABLA 3. Análisis factorial con rotación Varimax del CHPB

Dimensiones				
	Función sexual	Actitud, examen médico y enfermedad	Estilo de vida	Conocimiento
PG40	0.847			
LNP85	0.825			
PG32	0.817			
PG79	0.809			
LNP37	0.777			
PG42	0.768			
LNP52	0.767			
LNP68	0.745			
LNP15	0.713			
PG28		0.916		
PG64		0.788		
PG66			0.849	
PG84				0.813
PG44				0.630

TABLA 4. Alpha o consistencia interna del total de ítems de las tres dimensiones

Dimensión 1	Ítems	40	85	32	79	37	42	15	(0.71)
	Alpha	(0.85)	(0.82)	(0.82)	(0.81)	(0.78)	(0.77)	(0.74)	
Dimensión 2	Ítems	40	64						
	Alpha	(0.85)	(0.79)						
Dimensión 4	Ítems	40	44						
	Alpha	(0.85)	(0.63)						

3. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE CADA DIMENSIÓN DEL CHPB Y DESCRIPCIÓN DE LAS DOS DIMENSIONES SIGNIFICATIVAS

En la tabla 5 se puede observar la media, desviación típica, mínimo y máximo de cada dimensión. Igualmente en la tabla 6 se puede apreciar la descripción de las dos dimensiones significativas, donde los contenidos de los ítems de la dimensión de mayor peso hacen referencia a la función

sexual (dimensión 1) con un total de nueve preguntas, cuya consistencia interna o alpha oscilan entre 0,71 y 0,85, con un alpha total de 0,85. Dentro de esta dimensión están contempladas las preguntas 15, 32, 37, 40, 42, 52, 68, 79 y 85, (véase tabla 6). Por otro lado, la dimensión 2. actitud ante el examen médico y la enfermedad está conformado por las preguntas 28 y 64, (véase tabla 7).

TABLA 5. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del cuestionario CHPB

	Media	DT	mínimo	máximo
Función sexual	11,1	5,0	4	23,4
Actitud ante el examen médico y la enfermedad	5	2,6	2	10
Conocimientos	7,3	1,7	3	10

TABLA 6. Dimensión 1. Función sexual

Ítem	Pregunta
15	Si me realizo la cirugía de próstata pierdo la potencia sexual.
32	Creo que si tengo problemas de próstata me puede producir dolor en el momento de tener una erección.
37	Si tengo mucha actividad sexual puedo sufrir de problemas de próstata.
40	La próstata tiene que ver con mi erección.
42	Creo que si tengo problemas de la próstata se me dificultará tener relaciones sexuales.
52	Creo que si tuviera un problema de próstata perdería el interés sexual.
68	Pienso que si tengo mucha actividad sexual se puede afectar mi próstata.
79	Pienso que si tengo problemas de próstata se afecta mi función sexual.
85	Ser prostático para mí significa perder potencia sexual.

TABLA 7. Dimensión 2. Actitud ante el examen médico y la enfermedad

Ítem	Pregunta
28	No estoy acostumbrado a desnudarme para que me hagan un tacto rectal.
64	Sabré que tengo problemas de próstata en el momento en que me enferme.

El cuestionario CHPB finalmente queda conformado por 11 ítems, nueve referidos a función sexual, uno a actitudes frente al examen médico y otro a actitudes ante la enfermedad.

En segunda instancia, en la tabla 8 se puede apreciar la media, la desviación típica, mínimo y máximo de cada ítem de las dimensiones evaluadas por el cuestionario de creencias, actitudes y conocimientos acerca de la hiperplasia a prostática benigna (CHPB).

desnudo puede ser aún, un tabú que genera vergüenza, temor e incomodidad en el momento de consultar al médico especialista (urólogo) y realizarse el tacto rectal. El 45% de los participantes en el estudio probablemente no tienen conocimiento acerca de la sintomatología que se presenta cuando hay hiperplasia prostática. Además, los resultados evidenciaron en este grupo de hombres que hay deficien-

TABLA 8. Estadísticos descriptivos de cada ítem de las dimensiones del cuestionario definitivo CHPB

Dimensiones	1										2	
Ítems	15	32	37	40	42	52	68	79	85	28	64	
Media	2,36	2,51	2,00	2,36	2,52	2,07	2,02	2,48	2,10	2,59	2,41	
DT	1,29	1,04	1,54	1,27	1,26	1,20	1,20	1,21	1,27	1,54	1,38	
Mínimo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Máximo	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	

DISCUSIÓN

Haciendo un análisis general de los resultados se puede apreciar que entre el 41% y 71% de la muestra objeto de estudio consideró que los problemas de la hiperplasia prostática benigna y su tratamiento, no afectan la función sexual (erección, actividad sexual, deseo sexual, potencia sexual y relación sexual). Por el contrario, sólo del 7% al 18% consideró lo contrario. Por otro lado, entre 16% y 52%, de los participantes responden tener dudas o estar indecisos en los diferentes ítems, no tiene una creencia establecida respecto a si los problemas de la hiperplasia prostática benigna afectan o no la función sexual. Para un 36% de los sujetos del estudio, el

tes conductas de autocuidado y de prevención. Cuando los síntomas se presentan de moderados a severos o hay complicaciones de esta patología es cuando acuden a los servicios médicos.

El promedio de edad de la muestra de nuestro estudio fue de 45 años, edad en que es aconsejable anualmente practicarse el tacto rectal y anfigeno de la próstata como método preventivo ante la HPB y cáncer de próstata. A pesar que no se preguntó a nuestros sujetos si visitaron con regularidad el urólogo o se realizaron en los años anteriores el examen preventivo, nos lleva a pesar a través de sus respuestas que posiblemente no lo visitaron y mucho menos se realizaron los exámenes de rutina.

Martínez (1998) plantea que hay estudios recientes, los cuales adelantan la aparición de la HPB a los 35 años de edad.

Diferentes investigaciones evidencian lo contrario a lo que piensan los sujetos de nuestra investigación, donde muestran la incidencia de la HPB y su tratamiento médico en la función sexual y subsecuentemente en la calidad de vida y actividades diarias de quienes la padecen (Simpson, 1997; Uribe 1999; Djavan 2002; Mitropoulos, 2002; Jakobsson, Loven y Halberg 2001; Schulman, 2001; Richard, 2001).

Igual que en nuestro estudio diferentes autores reconocen que la falta de información acerca de la enfermedad HPB está asociada a mitos y creencias con respecto a la misma, su tratamiento y los supuestos riesgos del “examen médico”, (Martínez, 1998; Clarke-Tasker y Wade 2002). Estas creencias están enmarcadas en sesgos machistas donde se considera que el hombre no se puede enfermar ni sentir dolor. Por otro lado, es importante considerar la diferencia del trabajo educativo en el hogar y la escuela de prevención en las mujeres con respecto a los hombres, donde desde la adolescencia se realizan exámenes médicos periódicos y tienen más conductas saludables y menos temores frente al examen médico, con la consecuencia adquisición de hábitos saludables a nivel de prevención, (Rodríguez-Marín, 1995).

Con relación a la construcción del cuestionario CHPB el reducido tamaño de la muestra y la no aleatoriedad de

ésta limita la validez y confiabilidad del instrumento diseñado a muestras diferentes a la que se empleó, sería importante en futuras investigaciones retomar el cuestionario y analizarlo psicométricamente con otras muestras poblacionales masculinas, igualmente profundizar en las creencias, actitudes y conocimientos de la población masculina con respecto a la relación próstata - conducta sexual.

Epidemiológicamente la población colombiana y la latinoamericana en general está cambiando de perfiles de enfermedades infecciosas a perfiles de enfermedades crónicas. La población paulatinamente tiende a envejecer y posiblemente en los próximos años podría haber un aumento de enfermedades crónicas asociadas al mismo envejecimiento. Por tanto consideramos importante desarrollar campañas educativas y de promoción en salud con la población masculina desde la adolescencia para desmitificar creencias y mitos que puedan interferir en la adquisición de estilos de vida y conductas en salud adecuados.

REFERENCIAS

- Batista, E. (1982). *Escalas de actitudes para la investigación sociológica, psicológica y pedagógica*, Universidad de Antioquia, Medellín.
- Castilla, B. (2003, 18 de marzo). “Cáncer de próstata y de mama, los de mayor incidencia”, *El Heraldo*, 12.
- Chokklingam, AP. (2003). Prostate carcinoma risk subsequent to diagnosis of benign prostatic hyperplasia: a population-based cohort study in Sweden. *Cancer*, 98, 1727-34.
- Clarke-Tasker, V.A & Wade, R. (2002). What we thought we knew. African American males' perception of prostate cancer and screening methods. *Urology*, 13, 56-60.

- Djavan, B. (2002). The urologist view of BPH progression: results of an international survey. *Europa Urology*, 41, 490-496.
- Edwards, Q.T. (2002). Differentiation of the health behavior patterns related to prostate cancer screening among African-American men in military settings. *International Medicine*, 167, 374-378.
- Farrel, M., Murphy, M. y Scheider, C. (2002). Influencia de las creencias de los pacientes en la aceptación de la pesquisa prostática. *Urología*, 5, 120-129.
- Fearing, A. (2000). Prostate screening health beliefs and practices of African American Men. *ABNF Journal*, 11, 141-4.
- Gass, R. (2002). Benign prostatic hyperplasia: opposite effects of alcohol and coffee intake. *British journal of urology*, 90, 649-54.
- Gómez, C.P. (2000). Guía de práctica clínica: hiperplasia prostática benigna. Complicaciones de la hiperplasia benigna de próstata, Sociedad Venezolana de Urología. Próstata y Potencia Sexual, Caracas.
- Hamand, J. (1997). *Problemas de la próstata*, Diana, México.
- Jakobson, L., Loven, M. y Hlaberg, I. (2001). Sexual problems in men with prostate cancer in comparison with men with benign prostatic hyperplasia and men from the general population. *Journal Clinical Nursening*, 10, 573-582.
- Lambert, S. (2002). A comparative study of prostate screening health beliefs and practices between African American and Caucasian men. *ABNF Journal*, 13, 61-3.
- Martínez, S. (1998). Aspectos epidemiológicos de la patología prostática. *Boletín de la Escuela de Medicina*, 28, 12-18.
- Mitrópulos, D. (2002). Symptomatic benign prostate hyperplasia: impact on partner's quality of life. *Europa Urology*, 41, 240-244.
- Newling, D. (2002). Prostate Cancer & Prostatic Disease. *Prostate Consensus*, 5, 2.
- Ning, X. (2003). Prostate carcinoma risk subsequent to diagnosis of benign prostatic hyperplasia: a population-based cohort study in Sweden. *Cancer*, 98, 1727-1734.
- OMS/OPS. (2002). *Manual de encuestas CACP sobre sexualidad SIDA/ ETS*, Washington, pág. 34.
- Richard, F. (2001). Results of an epidemiologic surgery carried out with men 50-80 years of age to study urinary disorders, quality of life and sexual function. *Urology*, 11, 250-63.
- Rodríguez-Marin, J. (1995). *Psicología social de la salud*, Síntesis, Madrid.
- Schulman, C. (2001). Impact of treatment of BPH on sexuality. *Cancer Prostatic Disease*, 4, 16-22.
- Simpson, R.J. (1997). Benign prostatic hyperplasia. *Briths Journal General practice*, 47, 235-40.
- Sierra, FL. & Monsalve, MO. (2004). Creencias, actitudes y conocimientos acerca de la hiperplasia prostática benigna en población masculina entre 35 y 65 años de edad. Trabajo de grado no publicado, Universidad de San Buenaventura, Medellín.
- Temmi, C. (2003). The natural history of lower urinary tract symptoms over five years. *Europe Urology*, 43, 374-80.
- Uribe, J.F. (1999). *Hiperplasia benigna de la próstata: la historia natural de un problema de salud*, Sanofi-Synthelabo, Cali.

Fecha de envío: Enero 15 de 2007

Fecha de aceptación: Enero 30 de 2007