

Creencias sobre examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata: hallazgos cualitativos de un estudio en Cali

Diego Iván Lucumí, M.D., M.S.P.¹, Gustavo Alonso Cabrera², Fon, M.S.P., Dr.S.P.

RESUMEN

Se presentan los hallazgos cualitativos de un estudio realizado con un grupo de hombres de Cali, Colombia, para identificar relaciones entre las creencias sobre el examen digital rectal como prueba de tamización para el cáncer en la próstata y su intención de práctica. Usando el Modelo de Creencias en Salud como referencia teórica y metodológica, se realizaron entrevistas a grupos focales y a individuos. Se mostraron como factores relevantes las creencias sobre causas, severidad y barreras percibidas para determinar la intención de práctica en los participantes. Se requiere de una estrategia integral de educación en salud que propicie la toma de decisiones informadas y autónomas frente a la práctica del examen digital rectal.

Palabras clave: Neoplasmas. Próstata. Examen digital rectal. Modelo Creencias en Salud. Prevención.

En el mundo y en hombres, después del cáncer de piel, la localización más común de esta enfermedad es en próstata¹. En algunos países es la segunda causa de muerte entre hombres²⁻⁴. En Colombia, según el Instituto Nacional de Cancerología⁵, entre casos diagnosticados en hombres mayores de 65 años y después de los de piel, el cáncer en la próstata comparte con el de estómago el hecho de ser los segundos más frecuentes. De acuerdo con el Registro Poblacional de Cáncer de Cali⁶, si se estudia el total de casos diagnosticados en hombres de todas las edades de esta ciudad, el cáncer en la próstata pasó de representar 8.9% para el quinquenio 1962-1967 a 20.1% en el quinquenio 1992-1996 y ocupa ahora el primer lugar en cáncer en hombres de la ciudad, con una tasa de 27.5 casos por 100.000 habitantes.

Ante la limitación para realizar acciones de prevención primaria, la prevención secundaria mediante el examen digital rectal (EDR) y el antígeno prostático específico (APE), son el principal recurso para ofrecer a la población asintomática^{7,8}. Aunque existe controversia sobre el uso de estas pruebas, organizaciones dedicadas al área con-

sideran que deben ser rutinarias a hombres mayores de 50 años con una expectativa de vida mayor de 10 años, una vez médico y paciente consideren los riesgos y beneficios de su práctica⁸. En Colombia la realización del EDR esta reglamentada desde 1996 para los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y, según la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del adulto, debe hacerse como parte del examen físico de los hombres mayores de 45 años, al menos cada cinco años^{9,10}. Sin embargo, comportamientos saludables y preventivos por parte de los individuos como específicamente lo es la práctica oportuna y periódica del EDR, dependen no sólo de su oferta o inducción por parte de las organizaciones de salud; las personas toman decisiones sobre su salud según la percepción y valoraciones hechas individual o grupalmente sobre situaciones y consecuencias que de ellas se derivan¹¹.

Ante la relativa carencia en el país de estudios sobre percepciones y valoraciones de la enfermedad y el EDR, cuya exploración es necesaria para contribuir en el diseño de programas de detección temprana del cáncer, se in-

forman hallazgos cualitativos de un estudio realizado con hombres de Cali, Colombia. El estudio fue propuesto para identificar creencias frente a la enfermedad, el EDR y su influencia en la intención de práctica periódica de esta prueba tamiz y tuvo como referente el Modelo de Creencias en Salud (MCS) propuesto por Hochbaum *et al.*¹² en la década del 1950 (Gráfica 1). El MSC ha sido el más usado para conducir procesos de intervención e investigación en salud pública, especialmente relacionado con pruebas de tamización¹³.

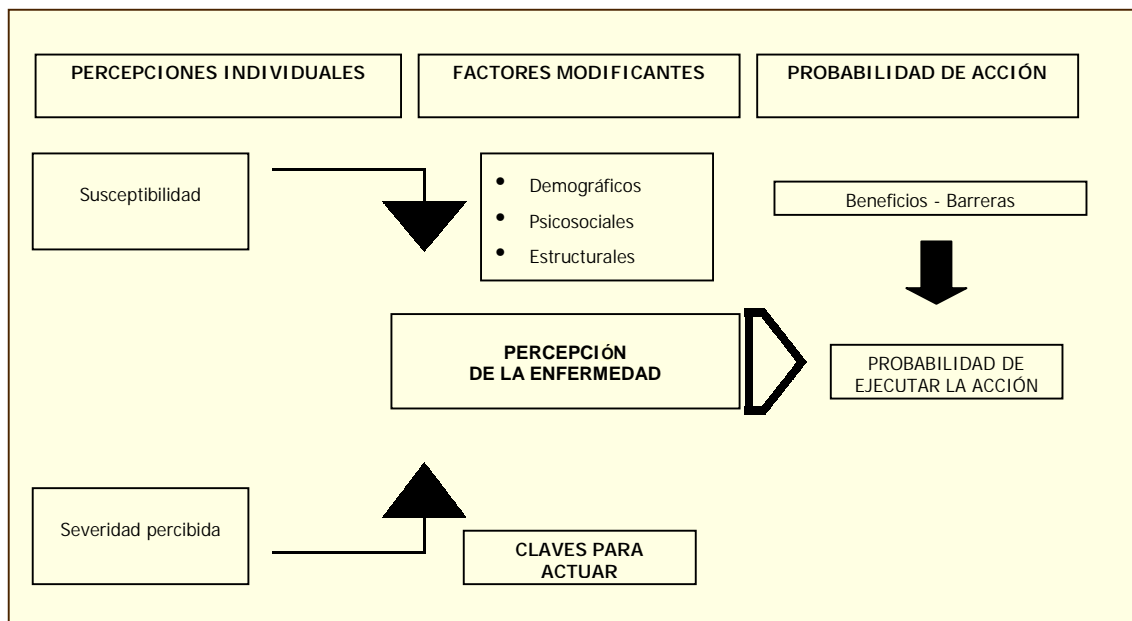
El MCS se fundamenta en la valoración subjetiva de una determinada expectativa, en la cual el valor es el deseo de evitar el padecimiento o enfermedad y la expectativa se centra en una acción posible de realizar que previene o mejorará el proceso. El modelo original se propuso según cuatro constructos: susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas. A estos fueron incorporados posteriormente los conceptos de claves para actuar, factores modificantes y auto-eficacia^{11,12}.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio general se llevó a cabo en Cali¹⁴. Se ejecutó en dos fases, la inicial cualitativa reseñada en este artículo y la

1. Investigador, División de Salud Fundación FES-Social, Bogotá. e-mail: dilucumi@fundacionfes.org

2. Profesor FNSP, Universidad de Antioquia, Medellín. e-mail: gcabrera@guajiros.udea.edu.co



Gráfica 1. El Modelo de Creencias en Salud

Tomado de: Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev Facultad Nal Salud Publica* 2001; 19: 91-101.

final cuantitativa, registrada en extenso en el informe final de investigación de donde se toman estos apartes. La información cualitativa se colectó entre febrero y abril de 2002 mediante entrevistas a grupos focales y a individuos, conducidas por el investigador principal y apoyado por otros miembros del equipo con formación social.

Selección de participantes. Se escogió por conveniencia un barrio por cada uno de los seis estratos socioeconómicos en los que se divide la ciudad. En cada barrio, con ayuda de miembros de organizaciones comunitarias locales, se construyó un listado de hombres con edades entre 45 y 64 años, residentes en la ciudad, afiliados al SGSSS y que no estuvieran en fase terminal o presentaran deterioro de sus condiciones mentales. Posteriormente y, hasta completar ocho participantes, cada hombre de la lista fue visitado en su domicilio con el fin de informarle sobre el estudio y obtener su aceptación voluntaria para participar en los grupos

focales y en las consecuentes entrevistas individuales a profundidad.

Procedimiento. Los grupos se efectuaron en espacios comunales de cada barrio con mínimo seis y máximo ocho participantes. Dos entrevistas individuales ocurrieron en lugares públicos y otras dos en la residencia del entrevistado. Dos de todos los participantes, que superaban edad máxima definida y dos que no estaban afiliados al SGSSS no se excluyeron por su potencial aporte de información o el posible efecto negativo que en ese momento su exclusión podía generar. Ninguno de los dos procesos, grupal o individual, superó la hora y media de duración y previo a su desarrollo los participantes firmaron un consentimiento informado, avalado por los comités de ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle y del Programa de Subvenciones a la Investigación de la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Análisis. Los tres miembros del

equipo de investigación que participaron en la recolección de información y un investigador adicional estuvieron involucrados en el análisis. Los casetes de audio, una vez marcados, se transcribieron para almacenar la información, codificarla y analizarla con un proceso de categorización deductiva, teniendo en cuenta los constructos del MCS; algunas categorías y subcategorías surgieron durante el proceso. Las definiciones para cada una de las categorías finales aparecen en el Cuadro 1. A partir de la información almacenada en la base de datos se establecieron relaciones entre categorías, se propusieron explicaciones para los hallazgos e hipótesis a ser probadas en la fase cuantitativa del estudio. Para el desarrollo de estas actividades se usó el programa Ethnograph v5.0^{®15}.

RESULTADOS

Se realizaron cinco grupos focales con participantes de los estratos 1 a 4 y

Cuadro 1
Códigos y definiciones de las categorías de análisis iniciales y emergentes del estudio exploratorio

Nombre de la categoría	Código	Definición
Barrera	BARRERA	Aspectos percibidos por los individuos que les impiden la realización del EDR
Beneficios	BENEFICIOS	Ventajas o ganancias percibidas por los individuos del EDR
Causalidad	CAUSALIDAD	Descripción de las causas o circunstancias que llevan a que un individuo presente cáncer de próstata
Claves para actuar	CLAVEACTUA	Circunstancias que aumentan la intención de realizarse el EDR
Descripción del EDR	DESCRIEDR	Descripción que hacen los individuos participantes en los grupos focales y entrevistas, de la forma en la cual se realiza el EDR
Fuentes de información	INFORMA	Fuente y tipo de información que tienen sobre el cáncer de próstata y el EDR
Intención de práctica del EDR	INTENCIÓN	Intención positiva o negativa del individuo de someterse al EDR en los próximos 12 meses
Severidad del cáncer de próstata	SEVECANCER	Valoración que el individuo hace de la gravedad de la enfermedad
Severidad del tratamiento	SEVETRATA	Valoración que el individuo hace de la gravedad del tratamiento para el cáncer de próstata
Síntomas iniciales	SINTOINI	Manifestaciones iniciales de la enfermedad percibida por los individuos
Síntomas finales	SINTOFIN	Manifestaciones tardías de la enfermedad percibidas por los individuos
Susceptibilidad	SUSCEPTIBLE	Percepción del riesgo de desarrollar cáncer de próstata
Tratamiento del cáncer	TRATAMCAM	Tipos de tratamiento para el cáncer de próstata identificados por los individuos

Cuadro 2
Asistentes a grupos focales y entrevistas del estudio según estrato, número de asistentes y edad promedio de los participantes. Cali-Colombia 2002

Estrato	Número de asistentes	Edad promedio
1	6	56
2	7	54
3	5	55
3	8	56
4	6	58
1	1	63
4	1	61
5	1	58

cuatro entrevistas individuales estructuradas con hombres de los estratos 1, 4, 5 y 6. En los estratos 5 y 6 no fue posible conformar grupos focales por la negación a colaborar de potenciales

participantes identificados y visitados. El Cuadro 2 relaciona el número de hombres que por estrato participó en grupos focales y entrevistas. En el estrato 3 se realizaron dos grupos focales, porque el primero que fue programado no tuvo el número mínimo de 6 participantes; para el desarrollo del segundo se siguieron los mismos criterios de identificación y selección descritos, buscando disminuir el efecto de situaciones atípicas propias del proceso de selección o participación¹⁶.

Causas de la enfermedad. Los participantes consideran que la enfermedad se presenta por dos razones principales: predeterminación y ciertos comportamientos. La predeterminación hace referencia a la creencia de que todos los hombres presentarán la enfermedad en algún momento de la vida, evidente en

expresiones como “*es una cuestión de cédula*”. En cuanto a los comportamientos, se expresó que el cáncer en la próstata es una enfermedad de hombres promiscuos o “*mujeriegos*”, bohemios, consumidores frecuentes de alcohol e involucrados en actividades propias de la vida nocturna disipada.

Presentación de la enfermedad. Síntomas iniciales y finales expresados por los hombres como asociados con la enfermedad fueron de tipo obstructivo a nivel del tracto urinario o presencia de dolor a nivel de la zona pélvica y/o durante la micción. La información expresada sobre estos síntomas la obtuvieron los participantes de diversas fuentes y en muy pocos casos, a partir de experiencias personales.

Susceptibilidad percibida. Los participantes de todos los estratos se con-

sideraron susceptibles de presentar cáncer en la próstata. Sin embargo, esta percepción tiende a ser menor en los estratos 1 y 2, así como cuando es menor la percepción del curso asintomático de la enfermedad y cuando la susceptibilidad se confronta con la autovaloración de los comportamientos informados antes como factores etiológicos.

La importancia del síntoma para la percepción de la susceptibilidad se evidencia en una expresión, que al respecto, hizo uno de los participantes: *“Uno está susceptible a todo y más el organismo de uno, porque uno lo conoce es por fuera, no sabemos en qué momento nos puede estar dando la enfermedad. No podemos decir que no nos puede dar. Ahora es una enfermedad que da por dentro, si de pronto me saliera aquí pues cojo el granito y me lo estripo, pero como eso es por dentro. Cualquiera de nosotros la podemos (SIC) tener”*.

Severidad percibida. El constructo severidad fue dividido para su descripción y análisis en dos subcategorías tal como se plantea en la definición original del MCS: severidad de la enfermedad y severidad del tratamiento. Las alusiones que los individuos hicieron con respecto a la severidad de la enfermedad estuvieron relacionadas con la mortalidad, la discapacidad y el dolor. En todos los estratos se percibe la enfermedad como grave: *“Esa enfermedad es grave, es que mejor dicho con esa enfermedad no quisiéramos tener nada”* y, mortal: *“Si es cáncer, bueno échele la bendición, porque yo creo que ya tiene un pie allá”*.

Una razón que influye en la percepción que los individuos tienen de la severidad de la enfermedad es su carácter asintomático, lo que impide la toma de medidas oportunas para su control. La enfermedad es vista como un enemigo que silenciosamente produce efectos

en su víctima. A pesar de lo anterior, se cree que el avance de la enfermedad es lento y concede un tiempo en el cual es factible realizar alguna acción que permita controlarla. Los participantes perciben que la enfermedad produce sufrimiento principalmente de tipo físico a nivel del sistema urinario; no se encontraron alusiones en las cuales la enfermedad se considerara severa por afectar otras dimensiones de sus vidas. La percepción de severidad se nutre principalmente a partir de los casos de otras personas que han *“sufrido la enfermedad”*, información a la que se accede a través de amigos o familiares. Sin embargo, en dichas percepciones se hace evidente que los participantes no consideran exclusivamente al cáncer en la próstata, sino toda enfermedad que conocen afecta a ese órgano.

Con respecto de la severidad del tratamiento, a pesar de que los individuos identificaron varios tipos del mismo, sólo hicieron alusión al tratamiento quirúrgico. Este fue percibido por individuos de todos los estratos como inefectivo y más severo que la misma enfermedad, tal como fue expresado por un participante: *“Dios nos guarde de tener la enfermedad... sobre todo el problema es la cura”*.

Barreras percibidas. La categoría barrera comprendía 6 subcategorías: económicas, individuales, por la técnica de realización del tacto rectal, por el personal de salud, de información y asociadas con el efecto del examen sobre la masculinidad. La primera fue poco relevante, porque consideraron que ser afiliado al SGSSS da derecho a la práctica del EDR; la segunda y tercera se agruparon con las restantes descritas a seguir.

Características y cantidad de información sobre la enfermedad. Los hombres tenían información limitada sobre el tema, la cual estaba referida a causas, síntomas, gravedad, descripción

del EDR y criterios para su realización. Consideraban que los aspectos relacionados con el cáncer de próstata eran novedosos y que información sobre el tema se difunde apenas recientemente.

La principal fuente de información sobre la enfermedad fueron los medios de comunicación, especialmente televisión y radio. Otras fuentes de información son los amigos y en menor medida los familiares. A pesar de la edad de los participantes, ninguno había recibido información de su médico y sólo unos pocos hombres reconocieron haber tenido información en material impreso sobre la enfermedad o el examen, pero no en material audiovisual o charlas realizadas en las áreas de espera de las instituciones donde reciben atención. En quienes se ha realizado u ordenado la realización del EDR, se comentó que habitualmente no se explicó el procedimiento a realizar. La falta de información por parte del personal de salud promovió la búsqueda de *“orientación”* en otras fuentes, especialmente los medios de comunicación: *“Nadie aquí quiere tener esa enfermedad, y entonces uno busca orientación porque a mí nadie me habla de eso”*. Ante la deficiente información los participantes dijeron sentirse *“ignorantes”* e incluso *“discriminados”*, al considerar la información frente a otras enfermedades y/o la que hay para las mujeres. Los participantes consideraron que es necesario divulgar mayor información con las siguientes características:

1. Específica, teniendo en cuenta que la existente es general o vaga;
2. Motivadora, que incentive la práctica del examen, indicando las características de los hombres que requieren tomar la decisión de realizar el examen;
3. Que permita conocer cómo se realiza el examen y las ventajas y des-

ventajas que su realización tiene y, 4. Que ayude a solucionar las dudas y a eliminar los prejuicios que hay frente al EDR.

Efecto sobre la masculinidad. La posibilidad de que el examen pudiera afectar la tendencia sexual del hombre, se manifestó en todos los estratos. Esta percepción se expresó diferente en cada uno de estos, siendo los del estrato uno a quienes esta preocupación fue más directa. Sin embargo, un aspecto que consideraron los hombres podría evitar que el examen cambiara su tendencia sexual es la edad, al considerar que a la edad en la cual el examen se practica hay menor posibilidad de que queden “resabios” o a que “...pues que le quede gustando que le metan el dedo”. Algunos consideran que sólo los hombres que están predispuestos a la homosexualidad presentarán estos “resabios”. Un aspecto sobre el EDR que generó preocupación entre los hombres fue la “pérdida de la virginidad después de viejo”, la “violación” y “humillación”, al punto que temen que la práctica del EDR los haga sentir “como la peor de todas”. Esto se hizo más relevante cuando el examen lo realiza un hombre.

Para muchos participantes la zona anal debe ser libre de exploración; algunos niegan que pueda verse como violación, al considerar que el tacto rectal se realiza en el marco de unas condiciones propias del acto médico, que son iguales a las seguidas en otros procedimientos en los cuales se explora el cuerpo a través de alguno de los orificios naturales.

Percepción de los servicios de salud. Tres aspectos adicionales a la escasa información que proveen fueron identificados como barreras relacionadas con el personal y los servicios de salud: falta de respuesta de los médicos generales a la solicitud del examen por parte del paciente, excesivos trámites admi-

nistrativos para lograr su realización y escaso tiempo dedicado a la atención de los pacientes. Con respecto a esto último, los hombres se sienten inconformes al considerar que la atención se reduce a los síntomas, lo que impide que durante la consulta se exploren otros aspectos como la práctica periódica del EDR.

Los pocos beneficios a los que se hicieron referencia estuvieron enfocados principalmente hacia la posibilidad de un diagnóstico precoz de la enfermedad. Algunos hombres manifiestan incluso que la práctica del EDR tiene un efecto preventivo sobre la enfermedad. En general, los beneficios percibidos resultan limitados frente a las barreras y la intención de práctica del EDR fue baja.

DISCUSIÓN

La literatura mundial informa pocos estudios referidos a los conocimientos, creencias o práctica de la tamización para el cáncer en la próstata y los que hacen referencia al tema han sido realizados en países desarrollados y son de tipo cuantitativo¹⁷. Por esto y entre otras razones el hecho de ser Cali donde esta localización del cáncer es la primera en el sexo masculino, se realizó un estudio para identificar creencias de hombres entre 45 a 64 años sobre el EDR y su relación con la intención de práctica. Las creencias identificadas contribuyen a explicar la baja intención de los hombres a someterse este examen y permiten evidenciar la compleja interacción de variables asociadas con la adopción de esta práctica preventiva en salud.

Las percepciones sobre el origen y forma de presentación de la enfermedad tienden a limitar la intención y acción de los individuos. Por ser la próstata un órgano reproductor, la enfermedad oncológica que allí se pre-

senta se asocia casi exclusivamente a los comportamientos sexuales de los hombres, lo cual afecta la susceptibilidad percibida y/o reconocida de la enfermedad, en la medida que implica la aceptación implícita de ser “mujeriego” o bohemio, lo que puede ser calificado como una conducta social o moralmente incorrecta. A pesar de que la percepción de predestinación de enfermedad, coincide parcialmente con el conocimiento existente sobre su historia natural^{18,19}, es posible que la construcción de esta creencia se haya realizado desde el saber popular y de las vivencias de los participantes, más que desde el saber científico, dada la baja información que los participantes dicen haber recibido y, según lo propuesto por Oakley *et al.*²⁰, en cuanto a que las vías en las cuales la gente percibe su salud y enfermedad en la vida diaria, son muy diferentes a las del enfoque médico. La menor susceptibilidad percibida de la enfermedad en estratos bajos puede estar asociada con una menor posibilidad de percibir acciones efectivas para enfrentarla^{11,21}, lo cual se corresponde con la menor información de la que hombres de estos estratos disponen.

Una variable crítica para participar en las pruebas de tamización para el cáncer, tal como lo plantea Rimer²², es el grado de importancia que tenga el síntoma para los individuos, lo cual contribuye a explicar la baja intención de práctica de los participantes en el estudio. Este aspecto debe ser considerado en intervenciones de educación y comunicación en salud, de tal forma que se incremente en los individuos el nivel de conciencia en cuanto al curso asintomático que caracteriza la enfermedad.

En los estudios conducidos para evaluar el MCS, la severidad ha sido el constructo que explica en menor medida la intencionalidad de práctica²²⁻²⁴.

Las razones mencionadas para ello están referidas principalmente con la necesidad de que los individuos sean sintomáticos, presenten amenazas inminentes para su salud o tengan experiencia frente a la condición de interés¹². Sin embargo, por el abordaje cualitativo del componente del estudio presentado aquí, se puede evidenciar que este componente del MCS tiene una influencia significativa y negativa en la intención de práctica, que se expresa en el miedo que los participantes dicen tener a la enfermedad y su tratamiento. Este hallazgo se puede explicar porque los individuos desean evitar conocer si padecen enfermedades frente a la cual la susceptibilidad es alta y las opciones de supervivencia y calidad de vida son percibidas como bajas¹¹. En general, el miedo es una condición que tiende a paralizar la actuación de los individuos, efecto que es marcado para el cáncer²⁵ cuyo diagnóstico es percibido por los participantes en este estudio y en otro con población de alto riesgo, como una sentencia de muerte²⁶. Estos hallazgos plantean la necesidad de considerar el nivel de miedo expresado por los individuos como una razón adicional para explicar la baja capacidad de predicción del constructo severidad percibida.

Las barreras identificadas son complejas y determinan en gran medida la intención de práctica del EDR. Los hombres carecen de información adecuada de la enfermedad y del examen, lo cual plantea la necesidad de intervenir en dos niveles: el singular-particular y el general²⁷; en el primero, suministrando información relevante y suficiente por fuentes y formas adecuadas, que permitan elevar los niveles de conocimiento existentes y promuevan la toma de una decisión autónoma con respecto a la práctica del EDR, para lo cual es necesario involucrar activamente a los médicos, que según los hallazgos

de este y otros estudios, tienen el potencial de influir con la información que provee en la intención y la práctica del EDR^{28,29}. Para el segundo nivel, se deben identificar estrategias a mediano y largo plazo que permitan la modificación de las creencias sobre la enfermedad y el EDR, que socialmente se han arraigado. Es necesario reconocer que los conceptos de salud y de enfermedad y por ende de riesgo, son construidos socialmente y por tanto no necesariamente coinciden con el conocimiento científico^{20,30}. Desde la racionalidad en la que se fundamenta el MCS se considera que los individuos adoptan una conducta acorde con su mundo “*subjetivo*” y no con el mundo “*objetivo*” del médico²¹.

Las barreras identificadas con respecto a la masculinidad, están asociadas con lo planteado por Doyal³¹, en cuanto a qué producto del proceso de construcción social se ha configurado un prototipo de hombre en el que predomina la percepción de invulnerabilidad y fortaleza, que asume ciertos papeles y riesgos, reprime y amputa otros. La renuencia a admitir debilidad o decadencia, o sentir que se reduce su capacidad, producto de una enfermedad, puede llevar a que no se busque oportunamente atención en salud, configurando un fenómeno que ha sido denominado “*masculinidad marginalizada*”³².

Observaciones similares fueron realizadas recientemente por Banks³², al considerar que los hombres tienen múltiples características que explican su resistencia a buscar ayuda: consideran que su fortaleza se afirma si se mantienen en silencio; los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad son considerados de dominio femenino; ellos y la sociedad consideran que sus necesidades de salud son menores y, adicionalmente frente a todo esto, se ha desarrollado un menor número de op-

ciones para la obtención de información y prestación de servicios en salud.

La principal limitación de la fase cualitativa estuvo relacionada con la baja participación de hombres de estratos alto, que impidió la profundización en las diferencias identificadas entre estos y los de estrato bajo. Las técnicas de recolección utilizadas, que recientemente han empezado a ser útiles para conducir estudios en salud³³⁻³⁵, fueron adecuadas para el tipo de estudio y facilitaron la interacción con los hombres a pesar de lo sensible del tema. Su principal debilidad, sin embargo, está referida al volumen de material que es necesario procesar, actividad que resultó dispendiosa y demandante de una cantidad significativa de tiempo, lo que en parte fue minimizado por el uso del programa Etnograph y la realización de un análisis inicial a la información registrada en cada entrevista grupal o individual.

Considerando las limitaciones del MCS^{12,21,22} y que los autores no encontraron investigaciones en la literatura publicada que pudieran ser usadas como referentes en el abordaje de los constructos del modelo desde una perspectiva cualitativa, se hace necesario realizar estudios adicionales para corroborar estos hallazgos y abordar áreas que necesitan mayor profundización, entre ellas, el efecto de las creencias, las actitudes y las prácticas del personal de salud con relación al EDR.

Con la información aquí informada es posible plantear nuevas intervenciones, con un enfoque de salud pública, para este problema. Los responsables de las acciones en salud dirigidas a los hombres tienen el reto de planear, implementar y evaluar sólidas acciones de educación en salud, con un enfoque de riesgo en cuanto a la práctica del EDR, pero de tipo poblacional frente a los aspectos que subyacen a su práctica.

AGRADECIMIENTOS

Al Programa de Subvenciones para Tesis de Postgrado en Salud Pública de América Latina y el Caribe de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, que financió el trabajo de investigación de donde se tomó la información para la elaboración de este artículo. Este trabajo fue requisito parcial para la obtención, por el primer autor, del título de Magíster en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, Cali, 2003.

SUMMARY

This paper presents the findings of a study conducted to identify and to establish relationships between the beliefs about digital rectal examination (DRE) as screening test for prostate cancer and their practical intention, in a group of men from Cali, Colombia. Interviews were conducted with individuals and focal groups, using the pattern of Health Belief Model as the theoretical reference. The causes, the severity and the perceived barriers are factors that act in a complex way to determine the intention of the participant men's practice. An integral strategy of education in health that propitiates the taking of informed and autonomous decisions in front of the practice of the DRE is required.

Key Words: Neoplasm. Prostate. Digital rectal examination. Health Belief Model. Prevention.

REFERENCIAS

- Sadovsky R. Treatment for nonmetastatic prostate cancer. *Am Fam Physician* 2000 61: 2 pp. Magazine on-line citado 2003 abril 8. Disponible en URL: <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Elhilali M. PSA screening: The bottom line. *CMAJ* 2000. Citado 2001 diciembre 8, 3 page; 162(6): Magazine on-line citado 2003 abril 8. Disponible en URL: <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Newschaffer C, Otani K, Kathleen M, Penberthy L. Causes of death in elderly prostate cancer and in a comparison nonprostate cancer cohort. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92: 613-621.
- Oliver S, Gunell D, Donovan J. Comparison of trends in prostate-cancer in England and Wales and the USA. *Lancet* 2000; 355: 1788-1789.
- Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Registro Institucional de Cáncer 1999*. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 1999.
- Registro Poblacional de Cáncer de Cali. Cali: Departamento de Patología, Facultad de Salud, Universidad del Valle; 2001.
- Oliver S, Gunell D, Donovan L. Comparison of trends in prostate-cancer mortality in England and Wales and the USA. *Lancet Magazine Online* 2000 3 page; 9217 (355): 1788-1789, 2000/11/30. Disponible en URL: <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Gambert S. Prostate cancer: when to offer screening in the primary care setting. *Geriatrics* 2001; 56: 22-31.
- Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 3997 de 1996. 2001/21/04. Disponible en URL: http://www.minsalud.gov.co/Archivos/R3997_96.doc
- Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 412 de 2000. 2001/21/04. Disponible en URL: http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Res412_00.htm
- Lucumí D. *Creencias de hombres de Cali, Colombia sobre examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata*. Requisito parcial para optar al título de Magíster en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, Cali; 2003.
- Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev FNSP* 2001; 19: 91-101.
- Glanz K, Lewis F, Rimer B. Linking theory, research and practice. In: Glanz K, Lewis F, Rimer B (eds.). *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. 2nd ed. San Francisco: Jossey Bass; 1997. p. 19-36.
- Departamento Administrativo de Planeación del Valle del Cauca. *Proyecciones poblacionales*. Cali: Gobernación del Valle del Cauca; 2002.
- Seidel J, Friese S, Leonard C. *Qualis research associates*. The Ethnograph v5.04. Salt Lake City, 1999.
- Bonilla-Castro E, Rodríguez P. *La investigación en ciencias sociales más allá del dilema de los métodos*. 2ª ed. Bogotá: Ediciones Uniandes y Grupo Editorial Norma; 1997.
- Steale C, Miller D, Maylahn C, Uhler R, Baker C. Knowledge, attitudes, and screening practices among older men regarding prostate cancer. *Am J Public Health* 2000; 10: 1595-1600.
- Tanagho E, Mcaninch J. *Urología general de Smith*. México: Manual Moderno; 1997.
- Gallagher R, Fleshner N. Prostate cancer: individual risk factors. *CMAJ. Magazine Online* 1998. 2000/12/06; 7 (159) 9 page. Disponible en URL: <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Oakley A, Bendelow G, Barnes J, Buchanan M, Husain N. Health and cancer prevention knowledge and beliefs of children and young people. *BMJ* 1995; 310: 1029-1032.
- Rosentock I. Porque la gente utiliza los servicios de salud. En: White K, Frenk J, Ordoñez C, Paganini J, Starfield B (ed.). *Investigación en servicios de salud: una antología*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 405-424.
- Rimer B. Perspectives on intrapersonal theories of health behavior. In: Glanz K, Lewis F, Rimer B (eds.). *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. 2ª ed. San Francisco: Jossey Bass; 1997. p. 139-147.
- Combes Y, Mcpherson K. Review of models of health-related behaviour change. *Health promotion sciences unit*. London: School of Hygiene and Tropical Medicine; 1996.
- Norman P, Brain K. *Health belief model and breast self-examination: an application of the health belief model to the prediction of breast self-examination in a national sample of woman with a family history of breast cancer*. Wales, 2000. Sponsored by Medical Research Council, Welsh Office, National Health Service R&D (Wales), and the Imperial Cancer Research (UK).
- Amoukari M, Madhavan S, Rosenbluth S, Simon K. Barriers and facilitators to providing common preventive screening services in managed care settings. *J Community Health* 1999; 24: 229-247.
- Demark-Wahnefried W, Strigo T, Catoe K, et al. Knowledge, beliefs, and prior screening behavior among blacks and whites reporting for prostate cancer screening. *Urology* 1995; 46: 346-351.
- Castellanos P. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. En Martínez F, Antó J, Castellanos P, Gili M, Marset P, Navarro V (eds.) *Salud pública*. Madrid: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1998. p 80-102.
- Cowen M, Kattan M, Miles B. A national survey of attitudes regarding participation in prostate carcinoma testing. *Cancer* 1996; 78: 1952-1957.
- Myers R, Wolf T, Mckee L, et al. Factors associated with intention to undergo annual prostate cancer screening among African American men in Philadelphia. *Cancer* 1996; 78: 471-479.
- Berger L, Luckman T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrout Editores

- res; 1991.
31. Doyal L. Sex, gender and health: the need for a new approach. *BMJ* 2001; 323: 1061-1063.
 32. Banks I. No man's land: men, illness, and the NHS. *BMJ* 2001; 323: 1058-1060.
 33. Isaza D, Restrepo B, Arboleda M, Casas E, Hinestroza H, Yurgaqui T. La leishmaniasis: conocimientos y prácticas en poblaciones de la costa del Pacífico de Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 1999; 6: 117-183.
 34. Pope C, Mays N. Qualitative methods in health research. In: Pope C, Mays N (eds.). *Qualitative researches in health care*. 2nd ed. London: BMJ Publishing Group; 2000. Cita-
 - do 2003 abril 6. Disponible en <http://www.bmj.com/qrhc/contents.html>
 35. Wylie G, Hungrin A, Neely J. Impaired glucose tolerance: qualitative and quantitative study of general practitioners' knowledge and perceptions. *BMJ* 2002; 324: 1190-1195.