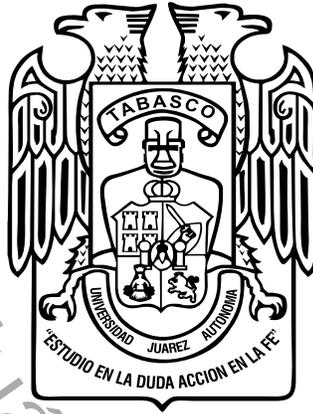


UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



“Detección de Cáncer de Próstata en hombres indígenas de Tabasco: Barreras socioculturales y de género”

**Tesis que para obtener el Grado de
Maestro en Enfermería con énfasis en
Enfermería Familiar.**

**Presenta:
Kristell Sánchez Sánchez**

**Directora:
Dra. En Ccs. Marcelina Cruz Sánchez**

**CO-Directora:
DCE. Valentina Rivas Acuña (+)**

Villahermosa, Tabasco.

Noviembre 2020.



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Of. No. 0654/DACS/JAEP
10 de noviembre de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Kristell Sánchez Sánchez
Maestría en Enfermería
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Aralucy Cruz León, Dra. Fabiola Morales Ramón, M.C.E. Margarita Magaña Castillo, M.C.E. Mariana González Suárez y la M. en C. Lorena Magaña Olán, impresión de la tesis titulada: "**Detección de Cáncer de Próstata en hombres indígenas de Tabasco: Barreras socioculturales y de género**", para sustento de su trabajo recepcional de la *Maestría en Enfermería*, donde funge como Directoras de Tesis la Dra. Marcelina Cruz Sánchez y la Dra. Valentina Rivas Acuña+.

A t e n t a m e n t e


Dra. C. Mirian Carolina Martínez López
Directora

C.c.p.- Dra. Marcelina Cruz Sánchez.- Directora de Tesis
C.c.p.- Dra. Valentina Rivas Acuña ,.- Directora de Tesis
C.c.p.- Dra. Aralucy Cruz León.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Fabiola Morales Ramón.- Sinodal
C.c.p.- M.C.E. Margarita Magaña Castillo.- Sinodal
C.c.p.- M.C.E. Mariana González suárez.- Sinodal
C.c.p.- M. en C. Lorena Magaña Olán.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MCE'XME/lkrd*

Miembro CUMEX desde 2008
**Consortio de
Universidades
Mexicanas**
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 11:30 horas del día 10 del mes de noviembre de 2020 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Detección de Cáncer de Próstata en hombres indígenas de Tabasco: Barreras socioculturales y de género"

Presentada por el alumno (a):

Sánchez	Sánchez	Kristell
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
		Con Matricula

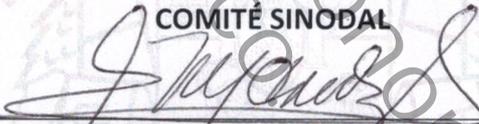
1	8	1	E	5	8	0	1	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Maestro en Enfermería

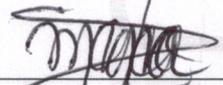
Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

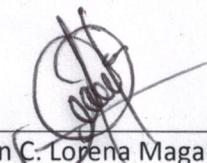

 Dra. Marcelina Cruz Sánchez
 Dra. Valentina Rivas Acuña (+)
 Directoras de Tesis


 Dra. Aralucy Cruz León


 Dra. Fabiola Morales Ramón


 M.C.E. Margarita Magaña Castillo


 M.C.E. Mariana González Suárez


 M. en C. Lorena Magaña Olán



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 30 del mes de octubre del año 2020, el que suscribe, C. Kristell Sánchez Sánchez, alumno del programa de Maestría en Enfermería, con número de matrícula 181E58013 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Detección de Cáncer de Próstata en hombres indígenas de Tabasco: Barreras socioculturales y de género"**, bajo la Dirección de la Dra. En Cos. Marcelina Cruz Sánchez, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: Kris.sanchezss@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Kristell Sánchez Sánchez

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

Av. Universidad s/n, Zona de la Cultura, Col. Magisterial, C.P. 86040 Villahermosa, Tabasco
Tel. (993) 358.15.00 Ext. 6134

Dedicatoria

A mi familia

A mis padres; personas dignas. Es un honor para mí tener su confianza, amor y respeto. Mi más sincera y humilde dedicación por estar siempre para mí.

A mis hermanos y sobrinos; el poder de sus palabras y de sus abrazos contribuyen grandemente en mi andar.

Al creador

Porque la fe es el principio y el final de mi vida.

México.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Agradecimiento

A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, por permitir la formación de Enfermeras y Enfermeros en M.E, con profesores con la más alta experiencia en el proceso enseñanza-aprendizaje, añadiendo una gran dosis del sentido humano.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico otorgado, durante los dos años de estudios de Maestría.

A mi directora de Tesis, Dra. Marcelina, un alma llena de sabiduría. Muchas gracias por su compromiso desde el primer día que iniciamos con el trabajo arduo de la Tesis. Todo mi respeto y admiración a su trayectoria.

A mi codirectora de Tesis, Dra. Valentina. Hasta el cielo gracias.

A mis queridos Yocotanes de la Villa Tamulte de las Sabanas, fue un placer estar con ustedes durante el trabajo de campo; escuchar sus significados, compartir sus conocimientos; un encuentro entre iguales.

A Eliseo, tu presencia fue esencial.

A mis amigos y compañeros de M.E; Mónica, Mariana, Iris, Sandra, Lupita, Adriana, Gustavo, Sergio, Manuela, Gabriela, Elías, Abigail y Marina; compartí con todos ustedes instantes que perduraran siempre.

A Lupita y Deisy por darle sentido a la palabra; amiga y hermana.

A los profesores; Mtro. Armando, Dra. Aralucy, Dra. Fabiola, Dra. Carmita y por su confianza y apoyo.

Tabla de contenido

Capítulo I	1
Introducción	1
Descripción del problema.	1
Planteamiento del problema	5
Pregunta de investigación.	5
Objetivos	6
Justificación	7
Contexto geográfico de la investigación	8
Marco teórico-conceptual	10
Interacción social	10
Cultura y Pueblo indígena	12
Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales	14
Género y masculinidades	15
Servicios de salud	17
Revisión de la literatura	18
Síntomatología Prostática.	19
Factores de riesgo para desarrollar cáncer de próstata.	19
Barreras para el examen de Tacto Rectal.	20
Controversia de realizar o no el tamiz.	22
Capítulo III	24
Metodología	24
Tipo y diseño de la investigación	24
Fase cuantitativa	25

Población, muestreo y muestra.	25
Criterios de selección.	26
Procedimiento.	26
Instrumento y técnicas cuantitativas.	27
Análisis de datos cuantitativos.	28
Fase cualitativa	29
Selección de los informantes.	29
Procedimiento y técnicas cualitativas.	29
Análisis de los datos cualitativos.	30
Consideraciones éticas	30
Capítulo IV	32
Resultados	32
Variables sociodemográficas y nutricional	32
Relaciones entre las Variables de Estudio.	36
Reporte de resultados cualitativos	37
Datos sociodemográficos de los informantes	37
Barreras socioculturales.	39
Sistema de salud e interculturalidad.	39
Alimentación.	40
Significado de cáncer y cáncer de próstata.	40
Conocimiento de la enfermedad cáncer de próstata.	41
Barreras de género.	41
Masculinidad hegemónica.	41
Curación: medicina casera y herbolaria.	44

Apoyo en la Familia, dios y atención médica para recuperar la salud.	46
Recomendación a las enfermeras y médicos.	47
Discusión y conclusión	48
Referencias	53
Anexo 1	64
Cuestionario de Síntomas Prostáticos.	64
Anexo 3	66
Guía de entrevista cualitativa.	66

Lista de Tablas

Tabla	Pagina
Tabla 1. Características sociodemográficas y nutricional de los participantes	44
Tabla 2. Principales síntomas prostáticos presentados por los participantes en el último mes	45
Tabla 3. Clasificación del nivel de sintomatología prostática	45
Tabla 4. Factores de riesgo para desarrollar CaP identificados en los participantes	46
Tabla 5. Clasificación del nivel de riesgo	46
Tabla 6. Matriz de correlación de Spearman de las variables principales	47
Tabla 7. Datos sociodemográficos de los informantes	48
Tabla 8. Discursos de masculinidad hegemónica	53
Tabla 9. Discurso de medicina casera y herbolaria	56

Abreviaturas

ALC	América Latina y el Caribe
APE	Antígeno Prostático Específico
CaP	Cáncer de próstata
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CSP	Cuestionario de Síntomas Prostático
DM	Diabetes Mellitus
ETR	Examen de Tacto rectal
HBP	Hiperplasia Benigna de Próstata
IMC	Índice de Masa Corporal
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SSA	Secretaría de Salud (México)

Glosario de términos

Antígeno prostático específico (APE): a la glucoproteína sintetizada en las células epiteliales de la próstata, cuya función es la licuefacción del semen eyaculado y permitir el medio adecuado para que los espermatozoides se movilen libremente; su producción depende de la presencia de andrógenos y sus niveles en sangre pueden modificarse en relación al volumen prostático.

Barreras socioculturales: Aquellas experiencias, concepciones o creencias que limita a los individuos de una sociedad a la búsqueda de atención y cuidado de su salud.

Cáncer: Es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo (OMS, 2020).

Cáncer de próstata: El cáncer ocurre cuando las células del cuerpo (en este caso, células prostáticas) se dividen de forma irregular y sin control. Si las células se dividen sin control cuando no se necesitan células nuevas, se forma una masa de tejido llamada neoplasia o tumor. El término cáncer se refiere a tumores malignos, que puede invadir el tejido cercano y propagarse a otras partes del cuerpo (McCoy, 2015).

Cultura: Conjunto de hechos simbólicos presentes en una sociedad que organizan, modelan y confieren sentido a las prácticas sociales, transmitidas y encarnadas entre las personas que se comunican y comparten experiencias, concepciones y creencias en contextos históricos y espaciales concretos (Giménez, 2007).

Etnicidad: medio por el cual la cultura de un pueblo es transmitida; experiencia histórica compartida, sentimientos de identidad, tradiciones diferenciadas de otras culturas, vestimenta, lengua propia y base territorial (Haro, 2008).

Examen de Tacto rectal (ETR): Método clínico para diagnosticar enfermedades de la Próstata, que consiste en la introducción de un dedo por el ano para palpar el final del tubo digestivo y a través de éste identificar la estructura anatómica del recto y la próstata, la duración de este examen clínico es de segundos, permite la detección oportuna y asintomática (Córdova *et al.*, 2018).

Género: Características construidas socialmente que no tienen relación con la biología, pero que la sociedad atribuye como lo “propio” de los hombres y lo “propio” de las mujeres. Se produce por medio de las costumbres y valores involucrados desde el nacimiento con la crianza, el lenguaje y la cultura. Los mandatos de género se encarnan en el cuerpo, por lo que es como una armadura que constriñe las actitudes y acciones corporales (Saldívar-Garduño *et al.*, 2015)

Hiperplasia Benigna de Próstata: crecimiento benigno de la próstata, que aparece con la edad y por estímulo de la testosterona, generalmente, después de los 35 a 40 años de edad. Se caracteriza por síntomas del tracto urinario inferior (Zambrano & Palma, 2018).

Masculinidad: Construcción cultural que se reproduce socialmente y se desarrolla a lo largo de toda la vida, con la intervención de distintas instituciones (la familia, la escuela, el Estado, la religión, los medios de comunicación, etc.) que moldean los modos de habitar el cuerpo, de sentir, de pensar y de actuar el género (Faur, 2004).

Masculinidad hegemónica: Modelo que tiende a reproducir la dinámica patriarcal (autoridad y poder en la organización social). Impone y reproduce, y por tanto naturaliza, como práctica e identidad de género obligatoria para todos los hombres.

Símbolo: Es el mundo de las representaciones sociales materializadas, que permiten orientar la acción de las personas, también llamadas “formas simbólicas” pueden ser

(expresiones, artefactos, acciones, acontecimientos, cualidad, modos de comportamiento, usos y costumbres, vestido, alimentación, vivienda y festividades) (Pargas-López, 2012).

Síntomas del Tracto Urinario Inferior: son síntomas individuales divididos en 3 grupos; de llenado o almacenamiento (nicturia, urgencia e incontinencia), miccionales (chorro lento, esfuerzo y goteo terminal), síntomas postmiccionales (sensación de vaciamiento incompleto y goteo postmiccional) (Carrero-López, Cozar-Olmo & Miñana-López, 2016).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Resumen

Título: “Detección de Cáncer de Próstata en hombres indígenas de Tabasco: Barreras socioculturales y de género”

Autor: Kristell Sanchez Sanchez

Directora: Dra. En Ccs. Marcelina Cruz Sanchez

Co-directora: DCE. Valentina Rivas Acuña (+)

Institución: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica Multidisciplinaria de los Ríos

Introducción: El cáncer de próstata, es un problema de salud pública. La neoplasia que se diagnostica con mayor frecuencia y segunda causa de muerte entre los hombres; poco se sabe de este problema entre la población indígena. Identificar la presencia de factores de riesgo y sintomatología prostática en conjunto con la comprensión de las barreras socioculturales y de género que impide a los hombres buscar atención, puede ayudar a disminuir las estadísticas de mortalidad. **Objetivo:** Comprender las barreras socioculturales y de género presentes en hombres Chontales Indígenas de la Villa Tamulté de las Sabanas, de 40 años y más con factores de riesgo y sintomatología prostática. **Material y Métodos:** estudio mixto de diseño explicativo secuencial, en una n de 281 hombres de la etnia chontal. En la fase cuantitativa se utilizó el cuestionario de síntomas prostáticos y la entrevista de factores de riesgo, para el análisis se utilizó la estadística de frecuencias, porcentajes y correlación de Spearman. Para la fase cualitativa se realizaron 7 entrevistas en profundidad, utilizando una guía semiestructurada. Mediante el discurso de los informantes, se identificaron unidades de sentido y categorías de análisis. Se solicitó consentimiento informado por escrito. **Resultados:** 52.7% sin escolaridad; 47.7% son campesinos; la correlación de Spearman entre la variable edad y sintomatología prostática fue positiva y significativa ($r_s = .321, p = .000$). Correlación negativa ($r_s = -.188, p = .002$) entre edad y factores de riesgo. Ninguno se ha realizado los exámenes de detección integral. Del análisis de las entrevistas se encontraron barreras socioculturales; interacción entre iguales es el medio de información del CaP; gusto por los alimentos ricos en grasas; la palabra cáncer significa muerte. La masculinidad hegemónica es una barrera importante para aceptar el ETR. **Discusión y conclusiones:** En la población indígena chontal existen factores de riesgo para la HBP y CaP, se sugiere que los profesionales de enfermería realicen actividades que promuevan estilos de vida saludable; ejercicio y alimentación baja en carnes rojas y grasas saturadas, programas de salud con la participación de los hombres en el cuidado de su salud, recomendamos promover las pruebas de detección integral solo en hombres con factores de riesgo, sintomatología prostática y con una esperanza de vida mayor a 10 años.

Palabras clave: Neoplasias prostáticas, Detección temprana de cáncer, Pueblos Indígenas.

Capítulo I

Introducción

Descripción del problema.

Las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión arterial, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras, son ahora responsables de la mayoría de las muertes alrededor del mundo, y se espera que el cáncer se ubique como la principal causa de muerte, así como la barrera más importante para aumentar la esperanza de vida en todos los países del mundo en el siglo XXI (Bray et al., 2018).

Entre todos los tipos de cáncer, el de próstata (CaP) es la enfermedad que afecta con mayor frecuencia a los hombres adultos de 40 años en adelante. Lamentablemente es una enfermedad que se caracteriza por ser silenciosa, porque pueden pasar hasta diez años sin que se presenten síntomas, o bien que aparezcan cuando la enfermedad ha afectado a otros órganos (Ruiz, Pérez, Batista, & González, 2017).

Actualmente el CaP es la segunda causa de muerte por cáncer en los hombres, con mayor incidencia en los varones de 55 años y más. En el mundo ocurren aproximadamente 1, 276,106 casos nuevos cada año y cerca de 358,989 muertes (Bray et al., 2018).

En América Latina y el Caribe el CaP es el cáncer más común en hombres mayores de 50 años, con 152, 000 casos nuevos y 51,000 muertes cada año. Se prevé que para el año 2030 la incidencia se incremente en un 84% hasta alcanzar los 280,000 casos y las muertes se dupliquen hasta las 100,000 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).

En varios países de América Latina y el Caribe (ALC) la situación de CaP es el principal problema de salud en hombres adultos. En Costa Rica ocupa el segundo lugar como causa de muerte y es preocupante el crecimiento constante que se ha mantenido en las últimas dos décadas, en Cuba y Costa Rica es la enfermedad de mayor incidencia y

mortalidad entre los hombres (Rivero & Berríos, 2016; Vargas, 2016; Soler, Brossard, Suárez, & Alcaraz, 2018).

En México, de acuerdo con datos del (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018), la segunda causa de muerte en hombres de 60 o más años, es por tumor maligno y el CaP forma parte de este grupo. En el año 2015 se registraron 85,201 muertes, por orden de importancia destacan en primer lugar, el cáncer de pulmón con 6,903 muertes y en segundo lugar el CaP con 6,447 defunciones. Se espera que en los próximos años la tasa de mortalidad por CaP aumente a 11.5 por cada 100, 000 hombres posicionándose como la principal causa de muerte (Aldaco-Sarvide et al., 2018; Reynoso-Noverón & Torres-Domínguez, 2018).

En Tabasco la situación en incidencia y mortalidad de CaP no es diferente a la del resto del mundo. Prueba de ello son los resultados de un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] sobre mortalidad de CaP en estados de alta y muy alta marginidad. De los estados que participaron, pertenecientes al sureste de México: Tabasco, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, obtuvieron el mayor índice de mortalidad por CaP. En el estado de Tabasco se identificó, a partir del año 1995, un aumento constante de la tasa de mortalidad llegando a superar la media nacional, es así que entre los años 2010 y 2013, Tabasco tuvo una tasa de mortalidad de 14.6 considerada por encima de la media nacional de, 13.6 muertes por cada 10,000 hombres (Torres-Sánchez et al., 2016).

Con la intención de atender esta necesidad de salud, en México desde el primer nivel de atención, se busca la detección integral, que consta de la aplicación del Cuestionario de Síntomas Prostáticos (CSP), la medición del Antígeno Prostático

Específico (APE) total en sangre¹ y el Examen de Tacto Rectal (ETR)², su funcionamiento es en conjunto. Esta estrategia, establece las pautas para realizar la detección a todos los hombres de 40 años y más “presumiblemente asintomático” (Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades [CENAPRECE] & Secretaría de Salud [SSA], 2016; Ruiz et al., 2017; Córdova et al., 2018; García-Perdomo, Zapata-Copete, & Sánchez, 2018; Prensner, Rubin, Wei, & Chinnaiyan, 2012).

Sin embargo existe controversia entre realizar o no el tamizaje, por una parte hay consenso entre el buen desempeño de las pruebas CSP, APE y TR (Fernández, 2015), por otro lado preocupa el sobre diagnóstico que esto conlleva y la detección de tumores que cursan asintomáticos y que muy difícilmente progresen, sumándose, las consecuencias del tratamiento; síntomas urinarios y disfunción eréctil, por lo cual se ha planteado no realizar el tamizaje a hombres sin factores de riesgo (Monzon, 2016; Sierra, 2014).

Se conoce que el principal factor de riesgo para las enfermedades prostáticas, es la edad, pues a partir de los 40 años todos los hombres experimentan crecimiento histológico de la glándula prostática. Cuando ocasiona dificultad para orinar, podría deberse a Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP), pero también hay probabilidad que sea por CaP en etapa avanzada, cabe destacar que ambas enfermedades no se relacionan, un hombre que cursa con HBP, no está condicionado a evolucionar a cáncer. Además de la edad otros factores de riesgo que se han identificado en hombres que viven con CaP son; antecedentes

¹ El análisis de APE por sí solo no ha tenido alto impacto en la disminución de incidencia y mortalidad por CaP. Por lo cual se utiliza en conjunto con el ETR, y se mantiene la investigación en nuevos métodos de diagnóstico como los biomarcadores que tal vez reemplacen la biopsia, considerada el "estándar de oro" en el diagnóstico final del CaP (SSA, 2017).

² El ETR tiene un valor predictivo que alcanza el 40%; de 100 nódulos detectados por el urólogo, 40 se atribuyen a cáncer y el resto a HBP o infartos prostáticos. Es una exploración noble y accesible, por no tener secuelas físicas importantes y por su bajo costo (SSA, 2001; Stone et al., 2017).

familiares de CaP, sobrepeso u obesidad, consumo de carnes rojas y grasas saturadas y la etnia (García-Perdomo *et al.*, 2018; Rodríguez & Pérez, 2018; Gómez, López, Martínez, Ortega, & Luna, 2019; Quimis, Vargas, Izquierdo, & Rodríguez, 2019).

La adscripción a la etnia indígena es un factor de riesgo importante, siendo difícil obtener información acerca de la adherencia a los exámenes de detección que ofrecen los servicios de salud, además no se presentan datos estadísticos que permitan evaluar las condiciones, situación y cobertura de los servicios de salud, a pesar de ser la Región de las Américas un universo multicultural, con más de 50 millones de personas indígenas (Cevallos & Amores, 2009).

De las pruebas de detección integral el ETR no es bien aceptado por los hombres, como menciona Hodgson-Suarez & Kelly-Kander (2017), en su estudio con hombres indígenas, existe una actitud negativa hacia el ETR, principalmente por ideas desagradables, como, relacionar el examen con el quebranto de hombría y conducta homosexual.

En este sentido es necesario conocer la postura de los hombres, hacia los exámenes de detección integral, pues desde el género se ha considerado a los hombres como personas fuertes, que no sienten dolor, que no enferman o peor aún que no necesitan pedir ayuda, presentado consecuencias negativas, son los varones quienes tienen menos esperanza de vida y mayores tasas de mortalidad (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2009; Lamas 2000; Zamudio, Ayala, & Arana, 2014).

Planteamiento del problema

Es evidente que el CaP es un problema de salud que afecta la calidad de vida de los hombres adultos y sus familias, siete de cada diez personas diagnosticadas por primera vez se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad, lo que implica que el tratamiento sea más costoso y que los hombres tengan menos posibilidades de sobrevivir (Manzanilla-García, 2018).

Para abordar el diagnóstico de CaP en el primer nivel de atención, no basta solo con el conocimiento médico de la enfermedad, por lo que resulta importante para esta investigación conocer desde el discurso de hombres indígenas Chontales de Tabasco las creencias socioculturales que guían las decisiones y las designaciones a la categoría género de lo “propio” para los hombres y lo “propio” para las mujeres en el cuidado de la salud, los significados pueden dar respuesta de porque aun con factores de riesgo y sintomatología prostática no acude a los servicios de salud. Es importante indagar en el significado que tiene para los hombres el ETR, ya que es este examen el que puede alertar de algo no usual como, zonas duras o irregulares, característica principal de la HBP y CaP (García-Perdomo *et al.*, 2018).

Pregunta de investigación.

Por todo lo antes expuesto se plantean las siguientes preguntas

¿Cuál es la prevalencia de sintomatología prostática y factores de riesgos para el CaP en los hombres indígenas chontales de Tabasco?

¿Cuáles son las barreras socioculturales y de género que impiden a los varones chontales aceptar el examen de TR en el primer nivel de atención?

Objetivos

General

Comprender las barreras socioculturales y de género presentes en hombres Chontales Indígenas de la Villa Tamulté de las Sabanas, de 40 años y más con factores de riesgo y sintomatología prostática.

Específico

Determinar las características sociodemográficas de los hombres chontales indígenas de Tabasco.

Determinar la prevalencia de sintomatología prostática y factores de riesgo en hombres chontales indígenas de la Villa Tamulte de las Sabanas.

Comprender los significados que tienen los hombres chontales indígenas del examen de detección, tacto rectal.

Justificación

Si bien es cierto que se ha avanzado en el conocimiento de la fisiopatología del CaP, poco se han explorado otras áreas como la cultura, el género y el contexto, de los varones candidatos a los exámenes de detección integral de este padecimiento.

La Norma Oficial Mexicana (NOM) 047 para la atención del CaP, enfatiza en el tamizaje de detección integral de los hombres de 40 años con factores de riesgo y todos los hombres de 45 años y más, en el primer nivel de atención; el objetivo del tamizaje va dirigido a la detección de la HBP y CaP. Para que las personas soliciten voluntariamente los exámenes, primero se deben poner a su alcance en las unidades de primer nivel de atención, pero también es importante reconocer la interpretación que dan los hombres a su salud, pues el hecho de nacer hombre o mujer da significados sociales diferentes y si además se añade el lugar de residencia y la adscripción a un grupo social vulnerable como los indígenas, probablemente las decisiones de salud pueden favorecer las estadísticas de morbilidad y mortalidad de CaP (SSA, 2017; Chant & Craske, 2007).

En este contexto surge el interés de indagar en la comunidad indígena la situación que guarda el problema del CaP, dado que existe poca investigación en cuanto a enfermar o morir por CaP, factores de riesgo y significados. Así como también por ser las comunidades indígenas del país, las zonas más desprotegidas y a las que la atención a la salud llega muy tarde [Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2018).

Esta investigación representa la oportunidad de buscar una mejor comprensión de las barreras socioculturales y de género en las enfermedades prostáticas, con el propósito de reorientar las acciones en materia de educación para la salud, en donde los profesionales de enfermería intervienen y para quienes esta investigación será de utilidad en la búsqueda de

estrategias de promoción de la salud, en el discurso de los factores de riesgo y diagnóstico desde el primer nivel de atención; modificar hábitos poco saludables, la búsqueda de atención médica y el fortalecimiento de los usos y costumbres propios de cuidado.

Contexto geográfico de la investigación

La investigación se encuentra ubicada en el sureste de México, específicamente en el estado de Tabasco, en el que tradicionalmente se encuentran en mayor representación cuatro grupos indígenas; Ayapanecos, Choles, Chontales de Tabasco y Tzeltales (Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas [INPI], & Instituto Nacional de Lenguas Indígenas [INALI], 2018).

En Tabasco la población indígena más grande, está representada por los pueblos Chontales de Tabasco que habitan en los municipios de Centla, Macuspana, Comalcalco, y Centro, quienes se denominan a sí mismos yoko yinikob (“hombres verdaderos”) y yoko ixikob (“mujeres verdaderas”), que hablan el yokot’an (“la lengua verdadera”) (INPI, & INALI, 2018).

En este trabajo se seleccionó la Villa Tamulté de las Sabanas, perteneciente al municipio de Centro, conocido como uno de los lugares de orígenes Mayas y asentamiento Chontal desde épocas prehispánicas. Los Chontales de Tabasco de la Villa Tamulté de las Sabanas se encuentran limitando por el caudaloso Grijalva y los ríos Medellín, Chilapa, Aztatán y Maluco. Los pobladores se encuentran comunicados por la carretera federal que une a la ciudad de Villahermosa con Frontera (cabecera municipal de Centla). A la altura del km15 se encuentra una desviación de aproximadamente 20 km, que finalmente conduce a la Villa (Vásquez & Hipólito, 1994).

La villa Tamulté de las Sabanas está integrada por las comunidades de Tamulté de las Sabanas, Estancia, Jolochero, La Manga, Alambrado, Aniceto, La Loma, La Ceiba y Tocoal. Cerca de 8,824 personas componen la población Indígena (Secretaria de Desarrollo Social, 2013).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Capítulo II

Marco teórico-conceptual

El cáncer de próstata es la enfermedad más común en los hombres adultos, el primer cáncer en incidencia y el segundo en cuanto a muertes. Los hombres toman importancia a su salud, a partir de las experiencias de vida en su entorno sociocultural, es aquí también, desde la categoría género donde se construye la diferencia sexual y las prácticas de conservación u omisión del cuidado de la salud. Motivo por el cual esta investigación tiene el objetivo de conocer las barreras socioculturales y de género de los hombres de la Villa Tamulté de las Sabanas que además por su adscripción a la etnia Chontal, puede existir desigualdad en salud (Gonzales-Montes, 2017; Haro, 2008).

En este capítulo se describen los fundamentos teóricos y conceptuales que cimientan el estudio, basado en el interaccionismo simbólico desde el análisis sociológico pues sus premisas permiten ilustrar como la interacción entre individuos puede definir el actuar de las personas. Desde el estudio de la cultura, la Teoría de la diversidad y Universalidad de los cuidados culturales, también se hace mención de la categoría género como categoría relacional, y de las masculinidades. Los conceptos de etnia, y sistemas de salud, para fortalecer la búsqueda de respuestas, para el caso de la disposición de los varones para realizarse las pruebas de detección integral de CaP en el primer nivel de atención.

Interacción social

Para poder comprender como influye en los hombres el actuar de otros hombres respecto a los exámenes de detección integral en el primer nivel de atención es necesario

considerar las premisas del interaccionismo simbólico, transmitidas por Hebert Blúmer considerado el porta voz del interaccionismo simbólico, teoría que tiene sus inicios, principalmente en el conductismo social de George Hebert Mead (Gadea, 2018).

La primera premisa sostiene que el ser humano orienta sus actos hacia todo aquello que puede percibir en su mundo (Objetos físicos, sociales, abstractos)³ y que tienen un significado para él. La segunda premisa afirma que son los objetos y sus significados resultados de la interacción social, que da lugar cuando una persona comparte diversas experiencias con otras. La tercera premisa dice que, es a partir del proceso de interpretación de las personas consigo mismo y de lo que los demás dicen, que los objetos tienen un significado, influyendo en las decisiones de las personas cuando se enfrentan al mundo (Blumer, 1982; Forni, 2003).

Ignorar entonces el significado que las personas otorgan a las cosas del mundo sería un error, es en este escenario donde se construyen las acciones. Para lograr entender el comportamiento que los hombres tienen hacia el tamizaje de CaP. Así por ejemplo sabemos que el CaP es una enfermedad y el ETR es un examen, esto desde el punto de vista intrínseco y objetivo de las cosas. Más es necesario profundizar el conocimiento, desde el punto de vista del interaccionismo simbólico, que pone de manifiesto como los significados son fruto de la interacción entre individuos y que además guían a las personas para elegir o transformar, las acciones que van a emprender (Blumer, 1982; Vidal, 2012).

Todos los tipos de interacción refinan nuestra capacidad de pensar. Es por medio del pensamiento que se reformulan lo que nuestra condición de existencia nos imponen y lo

³ Los objetos sociales son aquellos que se les ha designado por sus funciones como un estudiante o un político, y los objetos abstractos son para los interaccionistas simbólicos los principios morales, doctrinas filosóficas e ideas como la justicia y la compasión.

hace valido para una comunidad de seres humanos y no únicamente para una persona. Puede concebirse entonces al pensamiento como una interacción simbólica con uno mismo (Jodelet, 2008; Pons-Diez, 2010).

Los interaccionistas simbólicos reconocen la importancia de la interacción entre personas ya que es de esta manera que se forma el comportamiento, dejando claro que las actividades de los demás, influyen mutuamente en el comportamiento y actuar de las personas pudiendo abandonar un propósito, reconsiderarlo, verificarlo o cancelarlo, intensificarlo o sustituirlo (Blumer, 1982; Gadea 2018).

Cultura y Pueblo indígena

Para explicar el comportamiento que tienen los hombres Chontales de Tabasco, respecto a los exámenes de detección de CaP es necesario profundizar en saberes que conciernen a la cultura, ya que es el contexto donde se transmite de generación en generación las diferentes formas de curación, que deben complementarse con la intervención de los profesionales de la salud. Las costumbres de los hombres hacia la alimentación es otro elemento que concierne a la cultura, y que puede favorecer la aparición de factores de riesgo, estas creencias culturales pueden impedir que los hombres se informen y acudan a los servicios de salud como practica de prevención y diagnóstico oportuno de las enfermedades prostáticas.

Es importante conocer la conceptualización que se le ha dado a la cultura, desde la antropología, es considerado un esquema históricamente transmitido de significaciones representadas en símbolos⁴, un sistema de concepciones heredadas y expresadas con las

⁴ Un símbolo puede ser cualquier tipo de material, acto, acontecimiento o cualidad que sirva para vehicular ideas o significados en otras palabras son fuente de información.

cuales los hombres comunican y desarrollan su conocimiento y sus actitudes frente a la vida (Nivon & Rosas, 1991).

Los símbolos de una cultura son modelos de realidad, que se encuentran presentes en las interpretaciones y representaciones de la vida cotidiana de las personas, estas son distintas o parecidas, pero nunca iguales en los diferentes grupos sociales y en las diferentes épocas; pasadas, actuales o futuras (Geertz 1987). Nivon & Rosas (1991) concluye que “Los modelos simbólicos son considerados también como “programas” que ayudan a instituir los procesos sociales y psicológicos de la conducta pública” (p. 42).

Mediante los modelos simbólicos que cada cultura tiene, la sociedad comparte y transmite de generación en generación, representaciones sociales; que pueden ser expresiones, artefactos, acciones, acontecimientos, modos de comportamiento, prácticas sociales, los usos y costumbres, el vestido, la alimentación, la vivienda, los objetos y artefactos, la organización del espacio y del tiempo en ciclos festivos (Giménez, 2007).

Es importante tener presente que cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado diferentes formas de responder a los acontecimientos que surgen en la vida de las personas, como la muerte, la salud y la enfermedad.

En el caso de los pueblos indígenas de las Américas se aprecia un vasto desarrollo de prácticas y saberes sobre el cuerpo humano, pues es a través del cuerpo que se comunica y construye la propia cultura (Ángeles-Zavala, 2016). Los pueblos originarios tienen sistemas de salud tradicionales, equipados con un amplio repertorio de conocimientos, sobre procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades.

Un elemento bien conocido de la cultura mexicana es en uso de las plantas medicinales, sus usos dependen de la cosmovisión⁵ de los diversos grupos sociales. Un ejemplo de ello es cuando los niños enfermos reciben los primeros auxilios y tratamientos de sus padres, infusiones de plantas medicinales o cuando enfermedades más comunes (no graves) pueden ser curadas en la casa (OMS/OPS, 2009).

Los pueblos indígenas de México poseen una notablemente rica flora médica (la segunda o tercera más grande del mundo) y una importante medicina tradicional y doméstica (Zolla, 2007). Es así que, aunque hay servicios de salud para las personas que no cuentan con seguridad social al carecer de un empleo formal, es una costumbre la utilización de remedios naturales herbolarios (Rodríguez, 2012).

Para los pueblos indígenas es importante que se reconozcan y complementen las formas de cuidar la salud, un avance significativo es la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 que incorpora el reconocimiento de los conocimientos tradicionales y de la medicina tradicional y complementaria como uno de sus objetivos (Del pino, Guzmán, Gómez-Salgado, & Ruiz-Frutos, 2018).

Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales

Para este estudio, es necesario sustentarlo bajo los conceptos de la teoría de enfermería de Madeleine Leininger; diversidad y universalidad de los cuidados culturales, mediante este conocimiento, los profesionales de enfermería, visualizaran las diferencias de

⁵ Guevara, Zambrano, Guerrero & Evies, (2011) describe como “la manera de ver e interpretar el mundo. Es el conjunto de opiniones y creencias que conforman la imagen o concepto general del mundo que tiene una persona, una cultura a partir del cual interpreta su propia naturaleza y la de todo existente” (p. 1).

cuidado entre culturas, lo que resulta importante para brindar cuidados coherentes, mitigando dudas en cuanto a las diferentes prácticas de salud.

Madeleine, teórica de enfermería hace referencia a la diversidad de cuidados culturales como aquellas diferencias de los significados, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados entre las personas, todos ellos relacionados fuertemente con las expresiones de asistencia y capacitación de los cuidados a las personas (Raile-Alligood & Marriner-Tomey, 2011).

La universalidad de los cuidados culturales se refieren a la similitud de los significados, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se observan entre muchas culturas y que a la vez es el reflejo de un cuidado como una humanidad universal (Raile-Alligood & Marriner-Tomey, 2011).

Ante estas características que modelan los cuidados de la vida cotidiana de las personas es importante conocer tanto la diversidad y universalidad de los cuidados culturales que existen en una misma sociedad ya que permite que las enfermeras ayuden a las personas a conservar y reorientar los cuidados culturales que tienen valores significativos para su bienestar, recuperación o la misma muerte. Al mismo tiempo estas acciones profesionales tendrán que ser enfocadas a la capacitación de las personas para reorganizar, cambiar y modificar en gran medida sus modos de vida que no están teniendo resultados beneficiosos (Raile-Alligood & Marriner-Tomey, 2011).

Género y masculinidades

Explorar la categoría género, es significativa para comprender los comportamientos asignados que se dan a hombres y mujeres en la comunidad indígena, investigar desde el propio discurso de los hombres Chontales, nos acerca a la comprensión y a la búsqueda de

barreras de género que pueden impedir a los hombres asistir a los servicios de salud; por prevención o por sintomatología prostática.

Existe evidencia en cuanto a las practicas corporales de ubicar desde la infancia a las niñas en la casa y cuidado de los hijos y a los niños en la calle, el trabajo, la milpa y fortaleza física, estos comportamientos ha traído consecuencias negativas en la salud de los hombres; prácticas sexuales riesgosas, retrasar visitas a los servicios de salud, accidentes automovilísticos y violencia. Sin embargo hace falta más evidencia en como este tipo de pensamiento afecta la salud de los hombres. (Flecha & Chacón 2019; Campos et al 2007).

Lamas, (2002) define el género como un conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que se elaboran a partir de la diferencia anatómica entre los sexos. Se reproduce mediante costumbres y valores profundamente empíricos que han sido involucrados desde el nacimiento con la crianza, el lenguaje y la cultura que además cambia de época en época. El ser humano de esta manera se apropia del actuar en la mente, dando sentido a las diferencias entre hombres y mujeres. La autora deja claro que no es el sexo el que determina los roles de las personas, estas son construcciones sociales atribuidas al sexo.

Joan Scott plantea cuatro elementos que define el género, las representaciones simbólicas que representan al hombre y a la mujer, la idea de “normalidad” acerca de cómo deben ser los hombres y las mujeres hablando de normas y comportamientos impuestos por la sociedad. Y por último la apropiación que hacen las personas a sí mismas de ser mujer u hombre mediante la interacción con las instituciones de socialización (Pérez et al 2016).

Faur (2004) menciona que “dentro del género, se encuentra la masculinidad y feminidad. Entendiendo la masculinidad como una construcción que se aprende y se practica en el torrente del devenir cultural, histórico y social” (p. 53).

Dentro de la masculinidad se encuentra la conceptualización de masculinidad hegemónica, acuñado por Raewyn Connell. Desde 1980, se ha utilizado para explicar las diferencias en los comportamientos de salud de los hombres y el uso de la violencia. La masculinidad hegemónica se refiere a un modelo que tiende a reproducir la dinámica patriarcal (autoridad y poder en la organización social), hacia las mujeres y también sobre de otros hombres (Campos et al 2007; Griffith, Gilbert, Bruce, Thorpe, 2016).

Según Griffith *et al.*, 2016 “Un elemento central en la construcción de la masculinidad hegemónica es la heterosexualidad” (p. 23).

Es importante destacar que en la actualidad se ha apuntado hacia las masculinidades alternativas, posicionadas hacia la igualdad de género. En el aspecto del cuidado de la salud, involucra a los hombres en temas de promoción, prevención y diagnóstico, bajo este enfoque participan en talleres de inclusión, con el fin de subsanar diferencias que limitan su cuidado (Ríos-González, 2015).

Servicios de salud

El sistema de salud es el encargado de garantizar el derecho a la salud (art. 4) de todas las personas. Para que este sistema funcione con la infraestructura y recursos humanos, necesita de la intervención eficaz de la gobernanza en la administración y gestión de recursos económicos y humanos (SSA, 2015). Para encontrar respuestas del porque los hombres de la Villa Tamulté de las Sabanas asisten o no, a los servicios de primer nivel específicamente para el tamizaje del CaP, es importante conocer cómo funciona el sistema de salud en México. Y es también necesario conocer como es la atención que se brinda a los grupos vulnerados como son los indígenas.

México se encuentra dentro de los países que tienen servicios de salud privados estatales o mixtos, todos están administrados por la Secretaría de Salud. Un problema evidente en el sistema de salud público es la falta de recursos económicos, causa por la cual personal calificado prefiere laborar en el sector privado o incluso fuera del país (Chant & Craske, 2007).

Se cree que aproximadamente 53% de las localidades indígenas de México, no cuentan con acceso al servicio de salud público. Y de los profesionales de la salud el 64% no habla lengua indígena, dificultando la comunicación entre quien da atención y quien la recibe. El nivel socioeconómico de la población indígena se clasifica con 60% en un nivel bajo, lo que dificulta el acceso a los servicios particulares. Los grupos indígenas muchas veces no pueden acceder a los servicios de salud, prefiriendo sus propias formas de curar (Zolla, 2007; Leyva *et al.*, 2013).

Las inequidades persisten en la población indígena, determinada por el lenguaje, la cultura, y las formas de administración de los recursos. En este sentido corresponde a los profesionales de la salud investigar la situación de los diferentes grupos étnicos, y además proponer políticas públicas destinadas a la igualdad y al acceso a los servicios de salud como derecho universal (Leyva *et al.*, 2013).

Revisión de la literatura

En este apartado se presenta la literatura revisada. Primero se introducen estudios relacionados con sintomatología prostática; prevalencia de los síntomas prostáticos en adultos mayores y la sintomatología como un dato importante en el diagnóstico final de CaP. Posteriormente se presentan artículos de investigación de los factores de riesgo encontrados en pacientes con CaP, así como estudios relacionados con las barreras para

que los varones se realicen el examen de TR, y por ultimo una síntesis de estudios sobre la controversia de realizar o no el examen de TR.

Sintomatología Prostática.

Delgado et al. (2015) describieron la prevalencia de síntomas prostáticos en pacientes mayores de 60 años, realizaron un estudio cuantitativo descriptivo, utilizando el Cuestionario de Síntomas Prostáticos, encontraron una prevalencia alta de síntomas en el 43% de los participantes. La X^2 para la diferencia de proporciones entre la edad y síntomas prostáticos fue de $p > 0.44$.

Reyes et al. (2019) evaluaron la detección de cáncer de próstata incidental con resección trans-uretral de próstata, en pacientes con sintomatología prostática y antígeno prostático específico elevado. Resulta interesante que 5 (3.97%) pacientes tuvieron diagnóstico positivo para cáncer de próstata, a pesar de tener antecedente de biopsia negativo, pero con presencia de síntomas prostáticos y antígeno prostático elevado. Los pacientes detectados con cáncer de próstata por medio de la resección transuretral de próstata representan un grupo diverso, en conclusión, es necesario que al momento de realizar el estudio confirmatorio se tomen en cuenta; presencia de síntomas prostáticos, antígeno prostático elevado y tacto rectal anormal y no utilizado puramente como método diagnóstico.

Factores de riesgo para desarrollar cáncer de próstata.

La siguiente revisión se integra por estudios que muestran la relación entre factores de riesgo modificable y no modificable con desarrollar CaP.

Rodríguez & Pérez (2018) en un estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo, caracterizaron los factores de riesgo en pacientes con cáncer de próstata. Predominio del grupo etario de 61-70 años. Prevalció en todos los pacientes el consumo de cigarrillos, la obesidad, sedentarismo y antecedentes familiares de cáncer. En síntesis el hábito de fumar, la obesidad, y los antecedentes familiares constituyen una población con mayor riesgo de padecer adenocarcinoma de próstata.

Gómez et al. (2019) en su estudio de tipo cuantitativo descriptivo retrospectivo y prospectivo, describieron los factores de riesgo ambientales y constitucionales en pacientes de más de 60 años diagnosticados con CaP. Los principales factores de riesgo encontrados fueron la edad con una de 57 años. Los Antecedentes familiares de cáncer estuvieron presentes en 69%, el sobrepeso: 70%, pacientes con hábito de consumo de tabaco: 72% y consumo de alcohol: 93%. En conclusión la descripción de factores de riesgo permite desarrollar estrategias individualizadas y un cuidado integral de los varones con factores de riesgo.

Barreras para el examen de Tacto Rectal.

A continuación se presentan los estudios relacionados con las barreras que se han encontrado en los hombres para la realización del examen de tacto rectal, destacan principalmente las relacionadas con la masculinidad hegemónica, concepciones del hombre fuerte y miedo a la pérdida de la heterosexualidad, también sobresalen las relacionadas con los efectos secundarios del tratamiento, en caso de ser diagnosticado con CaP.

Rivero & Berríos (2016) en su estudio de tipo cualitativo fenomenológico descriptivo, por medio de los discursos de parejas heterosexuales donde los esposos tuvieron tratamiento farmacológico y quirúrgico como consecuencia de padecer cáncer de

próstata. Se discutió la construcción social de la masculinidad y el impacto de la misma en la búsqueda de diagnóstico y en la reacción a los efectos secundarios del tratamiento. Los resultados dieron a conocer la renuencia a realizarse el examen de detección de cáncer de próstata asociada al concepto de machismo y a la posibilidad de impotencia, falta de orientación para trabajar efectos secundarios como la incontinencia y la disfunción eréctil, escasa atención a la concepción de masculinidad que pone en riesgo y en una posición de vulnerabilidad emocional a estos pacientes.

Córdova et al. (2018) realizaron un estudio de tipo cualitativo de diseño fenomenológico, en la búsqueda de significados de la revisión prostática para el diagnóstico de cáncer de próstata. Los significados que los varones dieron al examen de TR, fueron; Homofobia, discreción o secreto de hombres, pérdida de hombría y valentía, relacionadas en los discursos que giran en relación a los aprendizajes de la socialización de cómo deben ser los hombres y en las que se basan para tomar decisiones sobre los cuidados de su salud. Para los informantes la integridad física o moral, rebasa incluso la posibilidad de preservar la vida.

Hodson & Kelly (2017) llevaron a cabo una investigación de tipo mixto, para comprender los conocimientos, actitudes y prácticas alrededor del cáncer de próstata en hombres indígenas. El nivel de conocimientos que poseen los hombres creoles se clasifica como bajo, el 81% de los participantes afirmó que han escuchado acerca de esta enfermedad, siendo sus amistades la principal fuente de información, consideran que tener más de una pareja sexual es la causa del cáncer de próstata. Entre los síntomas que conocen; visión borrosa, dolor de cabeza, disfunción eréctil y dolor de cadera. Las actitudes que presentan los hombres creoles frente al CaP, son negativas, al momento de preguntar si

está dispuesto a realizarse el Examen Dígito Rectal, refieren una actitud negativa, ya que emergen ideas de temor y vergüenza.

Controversia de realizar o no el tamiz.

Los siguientes artículos de investigación son referente a la controversia que existe entre realizar o no el examen de Tacto rectal. Simplificado en recomendaciones de cuando si realizar el examen y cuando no.

Santiago, Toiran, Varela & Segura (2015) en su estudio de correlación entre el valor del antígeno prostático específico y el resultado anatómico-clínico, encontraron una mayor frecuencia de cáncer en pacientes de 65-84 (73%) años de edad y el rango de Antígeno prostático específico en casos positivos fue de 10-23ng/ml. El examen de tacto rectal anormal fue de 64% (73), pacientes. 16% (19) con resultado dudoso y 20% (22) con resultado normal. Por lo cual sostienen que un buen desempeño en la prueba del antígeno prostático específico y del examen de TR conllevan al diagnóstico precoz del cáncer de próstata con una buena correlación anatomoclínico.

Por otro lado Jalón, Escaf, Viña & Jalón (2017) realizaron un análisis de 7 sociedades urológicas, previos datos de estudios aleatorizados sobre el cribado poblacional de cáncer de próstata. Recomendán como edad límite para el cribado de los hombres a los 70 años o con esperanza de vida de 10 a 15 años. No recomendado el cribado en hombres sin riesgo, de 40 a 54 años ya que los programas de cribado de CaP, conllevan a un sobre diagnóstico, tumores que no progresaran o lo harán lentamente permaneciendo asintomáticos de por vida.

Sierra, Martínez, Hernández & Caballero (2014) describieron la calidad de vida de pacientes con cáncer de próstata, operados de prostatectomía radical laparoscópica. El 53.12% requirió radioterapia adyuvante, el 6.25% hormonoterapia adyuvante y el 3.12% requirió ambas. Los pacientes sufren consecuencias destacando la disfunción eréctil en 81.25% y síntomas urinarios de moderados a severos en 34.37%. Existe un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes operados de prostatectomía radical, debido a síntomas urinarios postquirúrgicos, incontinencia urinaria, y efectos secundarios de la terapia adyuvante. Es importante compartir con el paciente la toma de decisiones terapéutica para personalizarla.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Capítulo III

Metodología

En este capítulo se describe la metodología que se utilizó durante el estudio. En primer lugar se presenta tipo y diseño de investigación, seguido por tipo de población, muestreo y muestra, escenario donde tuvo lugar el trabajo de investigación, una descripción del procedimiento y técnica de producción de datos y análisis de datos cuantitativo y cualitativo. En este apartado también se incluyen las consideraciones éticas.

Tipo y diseño de la investigación

Al definir el objetivo de la investigación, se procedió a la elección del tipo y diseño metodológico que mejor pudiera resolver la pregunta de investigación. Debido a la naturaleza del problema fue preciso optar por la metodología mixta, método que permite utilizar datos cuantitativos y cualitativos, (Hernández, Fernández & Batista, 2014; el Burns, Gray & Grove, 2017; Polit y Tatano, 2018).

Para los efectos de este trabajo entenderemos por “métodos mixtos a la forma de combinar las fortalezas de la investigación cuantitativa y cualitativa para mejorar la comprensión del fenómeno en estudio”, para nuestro caso las barreras socioculturales que impide a los hombres que tienen factores de riesgo y sintomatología prostática acudir a los servicios de salud, y también superar las limitaciones de cada una, esta mezcla de datos da una mejor argumentación del problema más que cualquiera de los dos por sí solo, no obstante es necesario precisar que no se desestima la valiosa aportación de ambos métodos por separado en la investigación científica, pero para los intereses de la presente

investigación es necesario la complementariedad que solo encontramos en la metodología mixta (Creswell, 2014, p. 234).

La investigación en enfermería con metodología mixta es reciente pero con una tendencia progresiva, siendo importante determinar el tiempo de la recolección de datos (secuencial o concurrente) así como también el énfasis (igual o desigual) (Creswell, 2014).

Para este trabajo se seleccionó un diseño explicativo secuencial mixto (DEXPLIS) (Hernández et al 2014). En la primera etapa de la investigación se recolectaron datos cuantitativos y de la misma muestra se seleccionó los informante para la producción de datos cualitativos (Gray, Grove & Sutherland, 2017).

Fase cuantitativa

Población, muestreo y muestra.

La población de estudio estuvo conformada por 1411 hombres de la etnia Chontal de Tabasco, todos con registro en las Tarjetas Censales del centro de Salud de la Villa Tamulté de las Sabanas, con domicilio en 3 de las comunidades que la integran; Tocoal, Aniceto y Tamulté de las Sabanas.

Para la fase cuantitativa se utilizó el método de muestreo no probabilístico por conveniencia. El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula para poblaciones finitas (Morillas, 2014). La muestra calculada fue 212 hombres, a esta se aumentó un 30%, por posibles rechazos o ausencias, quedando finalmente una muestra de 281 hombres.

$$n = \frac{0,25N}{(N-1)\sigma_p^2 + 0,25} = \frac{0,25 \times 1411}{(1411-1) \times (0,05)^2 + 0,25} = 212$$

1.96

Criterios de selección.

Se incluyeron a hombres de 40 años en adelante, con base en la NOM-048-SSA2-2017, para el tamizaje de Hombres, en los exámenes de detección integral de CaP. Varones con domicilio en las comunidades: Tamulté de las Sabanas, Tocoal y Aniceto pertenecientes a la Villa Tamulté de las Sabanas. Se excluyeron del estudio a hombres con trastornos mentales, a quienes se les podría dificultar contestar el cuestionario y la entrevista de factores de riesgo y hombres que tuvieran o hubieran tenido cáncer de próstata.

Procedimiento.

La introducción al escenario de investigación se estableció por medio de una visita de primer contacto con el Centro de Salud de la Villa Tamulté de las Sabanas. En una primera entrevista con la médica encargada, se planteó el objetivo del estudio y lo importante que era su contribución para la realización, permitiendo el acceso a los registros de las tarjetas censales del centro de salud.

En una segunda entrevista se informó por escrito a las autoridades de las comunidades y a la médica encargada. Como primera estrategia para la prueba piloto del estudio, con apoyo del Centro de Salud, se organizó una feria de la salud en el mercado de la Villa Tamulté de las Sabanas. En esta ocasión sólo 10 personas accedieron a responder el CSP. Como segunda estrategia se convocó por perifoneo a hombres de 40 años en adelante a realizarse dos pruebas de detección integral: CSP y la prueba rápida de APE, informando que se contaría con un médico especialista en urología quien en ese momento estaba realizando un estudio en la misma comunidad. Al llamado solo acudió una persona. Debido

a los resultados obtenidos, se optó por la visita en el domicilio de los sujetos. Se contó con el apoyo del promotor del Centro de Salud, un hombre de 57 años de edad, originario de la comunidad, quien conoce y es conocido por los habitantes de la localidad, que desempeña el rol de portero principal⁶, dado que su presencia contribuyó a que en esas visitas se tuviera cero rechazos. La aplicación del CSP y entrevista de factores de riesgo se realizó durante los meses de junio-noviembre de 2019 en horario de 8:00am a 12:00pm de lunes a sábado y tuvieron una duración de aproximadamente 40 minutos cada una.

Instrumento y técnicas cuantitativas.

Para medir la variable sintomatología prostática, se utilizó el CSP el cual fue diseñado por la Asociación Americana de Urología (AUA, por sus siglas en inglés), utilizado actualmente como parte del tamizaje para las enfermedades prostáticas en todo el mundo. En México el CSP forma parte del tamizaje de hombres candidatos a los exámenes de detección integral (NOM-048-SSA2-2017), se adaptó al lenguaje cotidiano de los hombres Chontales, sustituyendo términos médicos por palabras de uso común por ejemplo: miccionar; hacer pipí, nicturia; por salir varias veces al baño en la noche, obteniendo niveles aceptables de consistencia interna en la población de estudio (Alpha de Cronbach's = .81).

El CSP permite identificar síntomas que se asocian a crecimiento prostático, basado en la forma de miccionar, a partir de los 40 años con factores de riesgo y a todos los hombres de 45 años y más. El CSP está integrado por 7 preguntas, relacionadas con un

⁶Se define como "La persona que sitúa al investigador en el escenario de investigación, constituye un nexo simbólico entre los habitantes de la comunidad, permitiendo el acercamiento y la comprensión de la realidad del estudio" (Monistrol, 2007, p.1).

síntoma. Las dimensiones que la conforman son las siguientes: vaciamiento incompleto, frecuencia, intermitencia, urgencia, chorro débil, esfuerzo y calidad de vida según sus síntomas urinarios. La escala de respuesta va de 0 (nunca) a 5 (casi siempre), el puntaje va de 0 a 35 puntos (Instituto Nacional del Cáncer [INC], 2017; NOM-048-SSA2-2017).

De acuerdo a la escala del CSP, se clasificó la sintomatología prostática como: normal (0), leve (1-7), moderada (8-19), severa (arriba de 20).

Posterior a la aplicación del CSP, se realizó una entrevista de los factores de riesgo para la enfermedad de CaP, que a continuación se describen: Antecedentes heredofamiliares de CaP de primera línea es decir papá, hermano o abuelo del informante, sobrepeso u obesidad; por medio del Índice de Masa Corporal (IMC), calculado a través la medición de la somatometría del informante, consumo diario de carnes rojas como por ejemplo carne de cerdo, cordero y de res y grasas saturadas; carnes rojas, manteca de cerdo, embutidos y lácteos.

Análisis de datos cuantitativos.

Para el análisis de la información se utilizó el programa Statical Package for the Social Science (SPSS) versión 23, se diseñó una base de datos con los cuestionamientos descritos en el CSP y los datos de la entrevista de factores de riesgo, de esta manera fue posible obtener estadística descriptiva identificando frecuencia y porcentaje, de los síntomas prostáticos y los factores de riesgo presentes en la muestra. Se utilizó la prueba de correlación de Spearman entre las variables; edad, sintomatología prostática, factores de riesgo y estado nutricional.

Fase cualitativa

Selección de los informantes.

Una vez realizado el análisis cuantitativo de frecuencias y correlación entre las variables principales del estudio, se optó por un muestreo intencional para la secuencia cualitativa de la investigación; se seleccionaron varones con factores de riesgo alto y sintomatología prostática del rango moderado y severo.

Procedimiento y técnicas cualitativas.

Con los resultados de la primera etapa, dio inicio la secuencia cualitativa de la investigación, se seleccionó la tradición fenomenológica interpretativa, que permite un acercamiento a los significados de lo que las personas dicen, pues es el modo en que definen su mundo (Taylor y Brogan, 1994; Polit y Tatano, 2018).

Las técnicas de investigación cualitativa fueron las entrevistas cualitativas semiestructuradas en profundidad, que permitieron la producción de datos sobre las circunstancias y percepciones de los hombres chontales con factores de riesgo y síntomas prostáticos que no se han realizado las pruebas de detección integral en el primer nivel de atención y la observación participante que permitió realizar anotaciones de expresiones, y discursos cuando el informante pidió parar la grabación (Kvale, 2014).

El escenario de las entrevistas fue el domicilio de los informantes. Nuevamente con apoyo del portero se ubicaron los hogares, siendo el enlace para comenzar la entrevista. De inicio se dio una breve introducción acerca del propósito del estudio, se pidió el consentimiento para participar y grabar la entrevista. Luego se procedió a lanzar preguntas utilizando un guion previamente elaborado, sin embargo en el transcurso, emergieron nuevas

preguntas que enriquecieron la información. Este proceso se realizó hasta alcanzar la saturación de datos en el que se agotó la presencia de nueva información por parte de los informantes, realizándose un total de 7 entrevistas en profundidad de 90 minutos cada una. (Hernández et al., 2014; Polit & Tatano, 2018).

Entre las categorías que se exploraron en la entrevista semiestructurada en profundidad, se indagó en el significado de salud-enfermedad para ello se hicieron preguntas detonadoras permitiendo al informante expresarse libremente con sus propias palabra, pues la finalidad de la investigación cualitativa está en el análisis del discurso ya que involucra descubrir lo profundo de lo dicho, en lo no dicho (Schettini y Cortazzo, 2015; Kvale, 2014).

Análisis de los datos cualitativos.

Todas las entrevistas fueron transcritas de forma textual, por medio del procesador de textos Word para Windows, se leyeron y releeron los textos producidos, identificando las unidades de sentido, esto permitió la reducción de datos, categorización, codificación, clasificación y presentación de los datos (Mejía, 2011).

Consideraciones éticas

La investigación se sujetó a las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud, Título quinto: Investigación para la salud, CAPITULO UNICO. Artículo 96, fracción I y III, artículo 100, fracción I, III, IV y V, artículo 101 (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2014).

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento y comprensión de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, atendiendo que ambos son importantes para optar por las mejores estrategias que permitan la prevención y control de los problemas de salud prioritarios en la población.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desplegará conforme a los principios científicos y éticos con el único fin de contribuir a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevas maniobras de prevención en la atención del primer nivel de salud. Se efectuara con una consciente búsqueda de seguridad para el individuo que participara durante la investigación. Se respetara enfáticamente el principio de la dignidad humana, por lo cual se informara verbalmente y de manera escrita por medio del consentimiento informado acerca de los objetivos y de las consecuencias positivas de la investigación.

Artículo 101.- El investigador principal bajo los principios éticos será responsable de cumplir con lo dispuesto y si no fuera así será acreedor de las sanciones correspondientes.

Capítulo IV

Resultados

En este apartado se muestran los principales resultados de la investigación, a fin de conservar el orden metodológico, en primer término se presentarán los resultados cuantitativos y posteriormente los resultados cualitativos, de inicio se presenta el coeficiente de confiabilidad obtenido del CSP, datos sociodemográficos de los participantes, estado nutricional, la distribución de frecuencia por síntomas prostáticos y factores de riesgo, correlación de Spearman con las principales variables del estudio.

Variabes sociodemográficas y nutricional

En la etapa cuantitativa de la investigación, participaron un total de 281 personas, la edad promedio fue de 55 años (rango de 40-89, $DE = 11.79$). Por grupo de edad; la categoría de 40 a 59 años concentró la mayor cantidad de participantes con 64% ($n=181$). De acuerdo al lugar de residencia, más de la mitad vive en la comunidad Tamulté de las Sabanas 58.4% ($n=164$). Poco más de la mitad de los participantes cuentan con escolaridad de primaria o menos, 52% ($n=148$). Por ocupación el 47.7% ($n=134$) señaló que es agricultor, seguido de la albañilería con 23.5% ($n=66$). Estos resultados se resumen en la tabla 1.

Uno de los factores de riesgo para contraer el CaP es el exceso de peso corporal, de acuerdo a la clasificación del IMC que marca la OMS en Hombres adultos, los resultados muestran que el sobrepeso está presente en el 48% de los sujetos ($n=135$), mientras que la obesidad aparece en un 39% ($n=111$), la frecuencia combinada de ambas condiciones es de 87%.

Tabla 1

Características sociodemográficas y nutricional de los participantes

Característica	<i>f</i>	%
Edad		
40 a 49	99	35.20
50 a 59	82	29.20
60 a 69	60	21.40
70 a 79	29	10.30
80 a 89	11	3.90
Residencia		
Tamulté de las Sabanas	164	58.40
Ranchería Aniceto	58	20.60
Ranchería Tocoal	59	21.00
Escolaridad		
Sin escolaridad	32	11.40
Primaria o menos	116	41.30
Secundaria o menos	62	22.00
Preparatoria o menos	44	15.70
Universidad o menos	27	9.60
Ocupación		
Agricultor	134	47.70
Obrero	66	23.50
Comerciante	36	12.80
Profesionista	21	7.50
Desempleado	20	7.10
Jubilado	4	1.40
Estado civil		
Con pareja	234	83.30
Sin pareja	47	16.70
Seguridad social		
SSA	211	75.10
ISSET	16	5.70
Ninguno	54	19.20
Estado nutricional		
Normal (IMC ≥ 18.5 <24.9)	35	12.40
Sobrepeso (IMC ≥ 25 ≥ 29.9)	135	48.00
Obesidad (IMC ≥ 30)	111	39.60

Nota: Elaboración propia a partir del análisis de datos

f= Frecuencia, %= Porcentaje;(n=281).

Los resultados del CSP de la muestra de estudio (281 hombres), mostraron que 94% (n=264), ha presentado en el último mes al menos un síntoma asociado a las enfermedades del tracto urinario inferior. El síntoma más frecuentemente mencionado fue la nicturia (94%) mientras que el menos mencionado fue el esfuerzo (14.2%). (Tabla 2).

Tabla 2

Principales síntomas prostáticos presentados por los participantes en el último mes

Sintomatología prostática	f	%
Nicturia	264	94.0
Intermitencia	87	31.0
Chorro débil	80	28.5
Vaciamiento Incompleto	68	25.0
Frecuencia en dos horas	63	22.5
Urgencia	62	22.1
Esfuerzo	40	14.2

Nota: f= Frecuencia, %= Porcentaje; (n=281)

Al clasificar los síntomas referidos por los participantes, destacó la sintomatología leve con 78.7% (n=221), mientras que una cuarta parte de los participantes curso con sintomatología de moderada a severa, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 3.

Clasificación del nivel de sintomatología prostática

Nivel	f	%
Normal	13	4.6
Leve	221	78.7
Moderada	41	14.6
Severa	6	2.1

Nota: CSP, f= Frecuencia, %= Porcentaje; (n=281)

En relación a la presencia de factores de alto riesgo para desarrollar CaP, se encontró que 16% ($n = 45$) cuenta con antecedentes familiares de CaP; 87.6% sufren algún grado de sobrepeso u obesidad; consumen carnes rojas y grasas saturadas; 57.7% ($n = 162$). (Tabla 4).

Tabla 4

Factores de riesgo para desarrollar CaP identificados en los participantes

Factor de riesgo	<i>f</i>	%
Antecedentes familiares		
Presente	45	16
Ausente	236	84
Sobrepeso u obesidad		
Presente	246	87.6
Ausente	35	12.4
Consumo de carnes rojas y grasas saturadas		
Presente	162	57.7
Ausente	119	42.3

Nota: Elaboración propia a partir de la entrevista f = Frecuencia, %= Porcentaje; ($n=281$)

Respecto a los cuatro factores de riesgo evaluados; antecedentes familiares de CaP, sobrepeso/obesidad, dieta a base de carnes rojas y grasas saturadas. Los puntajes de los participantes se clasifica como sigue: 55.5% ($n = 156$) con alto riesgo y 44.5% ($n = 125$), mediano riesgo. No se obtuvieron frecuencias en el rango; sin riesgo. (Tabla 5).

Tabla 5

Clasificación del nivel de riesgo

Nivel de riesgo	<i>f</i>	%
Mediano riesgo	125	44.5
Alto riesgo	156	55.5
Total	281	100.0

Nota: f = Frecuencia, %= Porcentaje; ($n=281$)

Relaciones entre las Variables de Estudio.

Para establecer si la muestra en estudio, seguía una distribución normal, se procedió a realizar la prueba de Kolmogorov Smirnov, el resultado mostró que las variables no presentaron una distribución normal, por lo que se utilizó la prueba de correlación de Spearman. De acuerdo a los resultados obtenidos; la correlación de Spearman entre la variable edad y sintomatología prostática obtuvo una relación positiva y significativa ($r_s = .321, p = .000$) se presume una relación entre ambas variables; es decir que a mayor edad, mayor presencia de síntomas prostáticos; también se observa una correlación débil negativa ($r_s = -.188, p = .002$) entre la edad y los factores de riesgo, lo cual indica que los participantes de menor edad (rango de 40-89, $X = 55$ años, $DE = 11.79$) presentaron más factores de riesgo; en cuanto al estado nutricional, se observa una relación débil inversa con la edad $r_s = -.168, p = .005$ y una relación positiva con los factores de riesgo $r_s = .659, p = .000$, lo que indica que el IMC correspondiente a sobrepeso y obesidad es una característica negativa para incrementar los factores de riesgo.

Tabla 6

Matriz de correlación de Spearman de las variables principales

Variable	1	2	3	4
1.- Edad	1			
2.- Sintomatología prostática	.321**	1		
3.- Factores de riesgo	-.188**	-.026	1	
4.- Estado nutricional	-.168*	-.020	.659**	1

Nota: * $p < 0.5$, ** $p < .01$

Reporte de resultados cualitativos

Para la producción de datos cualitativos se utilizó un muestreo propositivo, seleccionando a los informantes del conjunto de aquellos que fueron clasificados como de alto riesgo para desarrollar CaP, además de que ninguno de los 281 entrevistados había solicitado las pruebas para el diagnóstico oportuno. En total fueron siete, a continuación, se puede observar el resumen de los datos sociodemográficos.

Tabla 7

Datos sociodemográficos de los informantes

	<i>Edad</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Edo. Civ.</i>	<i>IMC</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Sintomatología prostática</i>	<i>Nivel de riesgo</i>
Informante 1	57	Promotor de salud	Unión libre	32.8	Secundaria	Moderada	Alto
Informante 2	48	Profesor	Casado	34.5	Licenciatura	Moderada	Alto
Informante 3	59	Campeño	Casado	26.4	Primaria	Alto	Mediano
Informante 4	52	Campeño	Casado	27.5	Primaria	Moderada	Mediano
Informante 5	64	Campeño	Casado	29.1	Primaria	Alto	Alto
Informante 6	45	Campeño	Casado	25.0	Técnico universitario	Moderada	Mediano
Informante 7	60	Campeño	Viudo	28.3	Licenciatura	Moderada	Alto

Nota: Elaboración propia a partir de las entrevistas

La guía de entrevista cualitativa se organizó por categorías temáticas; Salud – enfermedad, género-masculinidades, conocimiento y pruebas de detección, acceso a los servicios de salud y barreras culturales. Al explorar cada una, surgieron códigos que consideramos relevantes para la comprensión de porque aunque los informantes presentan sintomatología y factores de riesgo no acuden a los servicios de salud, destaca la interacción entre amigos como el medio de información más importante para conocer y tratar los síntomas urinarios, las barreras socioculturales que se identificaron son; el gusto por alimentos ricos en grasas y carbohidratos, la falta de personal de salud con formación

intercultural, el significado de cáncer y cáncer de próstata siendo sinónimo la muerte. La masculinidad hegemónica como una barrera es el resultado de las asignaciones sociales que los hombres chontales se atribuyen como: fuertes, proveedor y por lo tanto la persona más importante en la familia. Otra barrera identificada para que los hombres no soliciten atención médica es relacionar el ETR con homosexualidad. Por esta razón la prueba diagnóstica conocida y de preferencia fue la prueba rápida de APE o prueba total en sangre. Un código claro entre los varones es la preservación del uso de las plantas medicinales. Es importante el valor que tiene la familia para que los hombres busquen atención médica y es también interesante analizar las recomendaciones que hacen al personal de salud. A continuación se da cuenta con más detalle.

Interacción entre amigo: medio de información.

De acuerdo con los relatos de los informantes, son al menos dos los medios por los cuales ellos llegan a tener alguna información acerca del problema de salud, siendo el principal; las conversaciones entre varones cuando se reúnen para tomar cerveza o simplemente para platicar en algún lugar público como el parque o privado en casa de alguno de ellos, en consecuencia, interpretamos que es la interacción con los compañeros, donde surge la experiencia con el proceso de diagnóstico, tratamiento a través del diálogo entre iguales, información de: enfermedad prostática, diagnóstico de la enfermedad y sus propios modos de curación. La información acerca del padecimiento también proviene de los medios de comunicación. Notamos que en los discursos, no aparece que el personal de salud sea una de las fuentes de información. La explicación para este dato tal vez se relacione con el hecho de los hombres de esta etnia asisten muy pocas veces a la unidad de salud de la localidad, como se puede observar en el siguiente fragmento

Pues a veces compañero y amigo que tengo platicamos por aquí, por allá platicamos de varón a varón; pues oye que aquí; oye que allá; oye que el cáncer pues, bien. El cáncer, yo siempre digo que. Cuando el cáncer en el ser humano en la próstata o donde el cuerpo del ser humano sea hombre sea mujer sea niño, su cura es muy difícil, solo un milagro de Dios (Informante 5).

Mis compañeros a veces cuando estamos en el campo, empieza uno a platicar de la enfermedad que tiene como tiene, pues siempre plática ahorita la gente de la época, de la próstata por ser lo primero que te empieza a molestar y siempre le digo a los compañeros que se traten que se operen, pues no duele mucho porque papá ya hizo el esfuerzo y ya lo operaron, salió bien la operación (Informante 3).

Mucha gente dice que hay mucho de estos cocimientos así, pero nada más para aguantarse, para aguantar pues, como llamarla, para... para que el mal no avance más, y ya lo toman en su yerba, muchos toman hasta el caldo de zopilote (risas), aquí en Tamulté ¡si!, oye que toma el caldo de zopilote y va para allá y húyele. Hay un amigo que le dio el cáncer, no se cáncer de qué, pero puro caldo de zopilote. (Informante 1).

Barreras socioculturales.

Sistema de salud e interculturalidad.

El sistema de salud que brinda atención a los habitantes de las comunidades que integran la Villa Tamulté de las Sabanas, no cuenta con todos los medicamentos. Además de esto el siguiente discurso deja ver la necesidad de personal de salud con formación intercultural, para mejorar los canales de comunicación.

¿Se encuentra afiliado a alguna institución de salud?

No, ahora empecé si me inscribí ahora. Cuando empezó el programa, me inscribí, pero fui al centro de salud y vi que no y ya deje de ir, pues ya no. Pues si vi, que la atención, pues no era. Que te den una receta y no te den un medicamento pues bueno no tiene caso y por eso dejé de ir. (Informante 4).

Te digo que debe a ver un doctor de la misma zona de Tamulté porque hay palabras que queremos hablar en yokot'an y que el ¡doctor entienda pues!, un ejemplo de que canaka-linnina "la pansa tiembla" algo así, hay veces que hay palabras que quiere expresar así, como, no se expresar en español, ya me quedo con la duda, es bueno que sabemos que hay una persona, que habla, ya le digo hasta en dialecto; sabe que esto, es así, ¡a bueno ya se lo que tiene!, pero ya te entiende pues. (Informante 3).

Alimentación.

Durante las entrevistas, al indagar sobre el consumo, preparación y presentación final de los alimentos, los informantes dejaron ver el gusto por los alimentos ricos en grasas saturadas como se muestra en el siguiente fragmento:

Uno come mucho, como cerdo o tamales, me aviento 3 tamales una jícara de café. El lagarto, aquí lo hacemos a la parrilla se lava bien se pone a marinar con naranja agria se le pone pimienta en polvo se le pone bastante ajo unos 4 dientes de ajo, pimienta o si se le quiere poner colorante se le pone achiote para que este rojizo, se pone asar y se acompaña con una limonada o un pozol (Informante 2).

Significado de cáncer y cáncer de próstata.

Para los informantes la palabra cáncer y cáncer de próstata tienen significados similares, dando a estos padecimientos las connotaciones de miedo, muerte, enfermedad que no tiene cura y particularmente para el cáncer de próstata, es significado como un padecimiento que en poco tiempo los lleva a la muerte, estos significados contribuyen a que no quieran asistir a las unidades de salud en busca de detección oportuna, como se puede leer en el siguiente fragmento de entrevista:

¿Qué le viene a la mente cuando escucha la palabra cáncer?

Pues es una enfermedad pues es espantoso, es mortal. Y este ya que se habla de cáncer ya no, ya no hay vuelta de hoja. ¡El que ya tiene cáncer!, seguro que se muere, solamente tiene que ser como entre un año y medio dos años de vida y se va (Informante 4).

¿Cuándo escucha la palabra cáncer de próstata que se imagina?

Cuando escucho cáncer de próstata, pues vaya preparándose uno, ordenar su familia, su casa, su hogar, si tienes bienes repartir a sus hijos ordena todo. Yo les digo a mis hijos cuando digan; ¡oye tienes cáncer!, pues si ya me atacó pues me dan de comer y ya sé, que ya estoy sentenciado (se ríe) pues ya estoy sentenciado a la muerte de verdad. (Informante 5).

Conocimiento de la enfermedad cáncer de próstata.

En esta categoría se observa similitud en el conocimiento que los hombres tienen acerca del cáncer de próstata; la cirugía como tratamiento del CaP. Es posible observar la falta de información en cuanto a cuidados de la persona con CaP, la relación entre promiscuidad con la aparición de la enfermedad, como se presenta en los siguientes discursos:

Bueno qué otra cosa te puede decir. Que debes de sujetarte a las indicaciones del médico. Dos; de que minora tu capacidad sexual, ¡dicen! (en tono de duda). Tres; que debes de cuidarte cuando menos después de un tratamiento o de una cirugía porque si hacen cirugía un año creo. No hacer trabajo pesado. Yo creo que hasta ni en el sexo creo no sé, pero si trabajo pesado no (Informante 7).

Que según, lo más último que he sabido es que: no se debe operar el hombre que debe actuar por la, la prevención pero que llegar a la cirugía es un riesgo, acorta la vida de los hombres, quizá no ese mismo rato pero después pienso que es como el motor de un carro, cuando ya lo desbaratan aunque lo vuelvan a justar no queda bien, ya no queda bien de esa parte o de todo el cuerpo, porque creo a la hora de si el hombre todavía es activo sexual y si no se cuida vuelve otra vez a tener problemas. Se debe cuidar en el aspecto de que si ya a uno lo operan debe de guardar reposo por no sé cuánto tiempo. (Informante 4)

Alguna vez alguien me dijo “todos los que se enferman de la próstata son los que andan ahí no andan con el freno, andan desbocado” (Informante 2).

Barreras de género.

Masculinidad hegemónica.

La categoría de género se exploró a través de preguntas acerca del significado de ser hombre, las actividades que hacen los hombres y mujeres Chontales y el significado que tiene hacerse el ETR. Durante el análisis de los discursos apareció un patrón consistente en lo que significa ser hombre y mujer dentro de la etnia chontal, y esto a su vez determina las acciones para el cuidado o no cuidado de la salud. Interpretamos este patrón de significados como una barrera que funciona para que los hombres de esta etnia demandan acciones de

salud relacionados con las pruebas de detección para el CaP.; al decir de los informantes, un hombre chontal es aquel que se obligan a trabajar, porque les resulta penoso estar enfermo con su propia familia, ya que se considera la persona más importante del núcleo familiar, debe ser fuerte y por lo tanto que no necesita atención médica a menos que se presente algún síntoma de gravedad, no así la mujer que si puede ir en busca de atención médica, pues tiene tiempo al ser el “trabajo doméstico” un “trabajo fácil”.

Entre otras explicaciones dadas por nuestros informantes, se encuentra el hecho sentido del temor a la experiencia de que se le realice la prueba del tacto rectal. Al decir de los participantes detrás de este temor, se encuentra la connotación otorgada a los orificios corporales, en particular la asociación de la relación homosexual. Lo anterior creemos que se relaciona con lo que se conoce como masculinidad hegemónica algunas de sus características observadas en los discursos de los informantes se agrupan en la siguiente tabla. (Tabla 8).

Tabla 8

Masculinidad hegemónica	
Hombre; persona más importante de la familia	<i>Estar enfermo pudiera ser que todavía te da el espacio para poder trabajar y tener recursos para solventar la familia. Hablando de término ya grande. Eso te permite estar en casa encamado y la verdad es triste. Para la persona más que nada, para aquellas personas que es como nosotros, como nosotros ¡como papás! Somos el único sostén de la familia. Eso te va enfermando también, partes eso te va enfermando más. Sabemos que nosotros somos lo que somos, que estamos más, más, más pendiente en hacer cosas más difíciles. (Informante 6).</i>
El hombre fuerte se auto medica	<i>Bueno sí según las indicaciones de los médico a partir de 40 años hay que empezarse a hacer el papa (ríe) no este, el estudio, se va a empezar a hacerse un estudio para estar pendiente porque entonces hay maneras, así como en las mujeres ellas que tenemos cáncer de mama ellas pueden detectarlo a tiempo tocándose, escuchándose, todo eso, también en el hombre se puede hacer, pero desafortunadamente hasta que no nos duela algo no vamos con, con, el médico, porque así somos según un dolor de costilla, un dolor de cabeza no es nada para nosotros entonces ni vamos, namas tomamos una pastilla se nos quitó (Informante 7).</i>

Hombre trabajador no tiene tiempo de asistir a los servicios de salud	<i>Bueno quizá porque como ellas son amas de casa. Acuden al centro de salud y como el hombre trabaja. ¡Y bueno se van a sus trabajos y todo!, como a veces llegan al campo y algunos trabajan en alguna institución pues no les da tiempo ir al centro de salud en cambio la mujer como es de casa se va sale un ratito y regresa (Informante 1)</i>
Temor al examen de TR porque puede modificar sus preferencias sexuales	<i>Pues bueno este... han platicado como adulto platicando, oye que aquí por allá, no, se ponen a reír los compañeros (se ríe) para qué acá y para allá. Y esto y eso bueno pues...tienes razón. Pues... cómo se llama, algunos dicen pues ver qué bueno que te metan el dedo pues no te voy a volver al otro lado (se ríe) aquí para allá no vaya a volver homosexual. Y claro que la gente hay poco temor de esta situación por eso lo hacen por análisis (Informante 5)</i>
	<i>Porque piensan que, este, no se (ríe), piensan que se hace menos hombre, ósea lo moral pues le bajan su autoestima (Informante 6).</i>
	<i>Es una violaron que te metieron el dedo en el recto (Informante 4).</i>
Hablar del TR es motivo de burla	<i>Es como un tabú, pero a la vez también si se ventila el tema, he pues nadie dice que ya fue, todo eso se lo lleva uno a relajo, pero nadie ha dicho que yo ya fui, por que para algunos todavía tenemos ese tabú de que ¡ay ya fuiste! Y se van a burlar de mí, pero si sabemos que eso de alguna u otra manera va a pasar (Informante 2).</i>

A los varones les resulta incómodo hablar de temas que involucren los órganos sexuales. Tal es el caso de los amigos o familiares que enferman de la próstata, por respeto no se pregunta del proceso de la enfermedad, diagnóstico o tratamiento, siendo el consumo de bebidas alcohólicas inhibidor de la pena para desahogarse entre amigos.

Me decía que su papá padeció la enfermedad, ¿Usted sabe cómo le detectaron el CaP?

Porque se empezó a sentir mal por lo mismo de que no hay servicio nos íbamos con los doctores particulares, aquí te daban esto, es que es la próstata toma medicamento toma medicamento, después vuelve otra vez, ya me dijeron los doctores que lo operen, calentura, se veía mal, calentura salía mucho de noche pues orinaba bastante, cada ratito cada partido, a él le hicieron la prueba del tacto rectal, pero ya me pidió que no lo llevara yo ahí que le hicieran ese trabajo no le gustó (Informante 3).

Las pruebas para el diagnóstico

Durante las entrevistas se pudo corroborar que los informantes coinciden en la preferencia por el examen de sangre total antígeno prostático específico, y muestran confianza en el resultado de la prueba rápida de antígeno prostático específico cualitativa. Mientras al examen de TR, consideran que ya no se utiliza, además sienten desagrado al imaginar poco profesionalismo en el procedimiento. Por otro lado un informante solo aceptaría el examen por una gran suma económica, como se describe en el siguiente discurso:

¿Alguno de sus amigos de ha realizado pruebas de detección para el cáncer de próstata?

¿Rectal?, no lo sé. Pero Han hablado de que hay compañeros de ellos, supone que nos reunimos unos, 5 personas que aquí y por allá le hicieron a tal persona. Pues ahorita no sé quién, que la persona con quien platico pues. Pues algunos lo hicieron. Por este, por análisis. Se van más por los análisis que por lo rectal (Informante 6).

Bueno. Ahí no hemos dialogado hasta por ahí. Ellos Han dicho que el tacto rectal no se lo van hacer porque dicen que ya no existe. Y para eso están ya las pruebas rápidas ya con eso (Informante 1).

Pues porque no siento síntomas de dolores de la próstata, por qué me han contado los compañeros que te da dolor, sales varias veces en la noche a hacer pipí y todo, pero yo me siento seguro porque de esa manera no me siento (Informante 1).

El machismo es como una terquedad ósea no voy a lavar la ropa por que le corresponde a la mujer de que los hay los hay, les vale su salud (Informante 2).

Dígame, ¿usted aceptaría realizarse el examen de TR?

No, excepto que me dé 500,000 mil pesos ahí sí, porque no sé, pero no me lo haría, más porque no se quitan el anillo los médicos (Informante 7).

Curación: medicina casera y herbolaria.

Todos los informantes manifestaron su confianza hacia la medicina casera, es decir aquellos preparados que se realizan en casa con fines curativos, transmitidos de generación

en generación. Los hombres comparten el uso de algunas plantas específicamente para los problemas de orinar como; la malva, el agua de matalí, agua de coco, agua de piña y el tomate. Ante la sintomatología prostática los señores recurren primero a la medicina casera que a la medicina occidental. Los señores también están haciendo uso de los productos herbolarios, de fácil acceso en tiendas naturistas. Este planteamiento no se considera una barrera, sino una característica cultural que debe ser fortalecida por los profesionales de la salud.

Entrevistador ¿Cómo aprendieron a utilizarlos?

Pues por la costumbres de los abuelos, luego mi mama nos dijo y se fue de generación en generación tomamos también para la orina para que no tengamos problemas de orinar o tomamos matalí mucho matalí (informante 2).

Pues si entre los viejitos de antes hacían tantos cocimientos caseros agarraban los montes y hacían por decir si yo tengo mucha tos agarro los montes ahorita, tengo mucha tos y voy al médico y no me hace nada, lo que hago preparo una cebolla morada. Y consigo limón criollo y se lo echo, después consigo rábano, tres rábanos para esto y luego le doy miel de monte y luego que ya lo dejo reposar una 5, 6 horas lo dejo reposa y se le echa un poco de vaporub adentro a los 5, 6 horas o si no 12 horas ya lo saco y ya para limpiar y esta rica (se ríe) hasta lo como la cebolla porque hace una salsa una ensalada, una salsa. Cuando tienen esa infección urinaria ellos, usan cola de caballo, cola de caballo, no se, un cocimiento casero, ellos lo compran en la botánica creo lo compran ahí o el mercado compran oye como es... este, cabello de maíz, todo eso lo cuecen y lo meten ahí, yo lo que tomo siempre seguido licenciada (Informante 5).

Tabla 9

Medicina casera y herbolaria	
<i>Fe, uso de las plantas y aprendizaje</i>	<i>Oraciones religiosas, preparar por ejemplo, el maguey, el orégano para alguna calentura o para la tos, los primeros auxilios y cuando ya no, esté, ya no se puede, pues, no logra combatir pues, hay que ir al médico. Pues si es una enfermedad leve pues si ayuda mientras que uno va con el médico, y eso, porque hay medicamento que por ejemplo si es una calentura una fiebre pues si en la noche no hay medicamento no hay doctores (Informante 5).</i>
<i>Purgante para</i>	<i>Mira usar un refrescante. El refrescante se dice que ¿para qué es bueno? Yo creo que cada seis meses se tiene que refrescar un, hay un purgante que</i>

<i>prevenir enfermedad</i>	<i>se prepara para que uno se sienta bien, porque a veces tenemos muchas infecciones y por eso uno se refresca un refrescante por eso le llaman purga se refresca con eso y se siente mejor, pues una vez que tú lo tomes empieza a tomar pura agua de naranja, agua de naranja y este y si y tú caldito de pollito criollo. En ese purgante si hace efecto empieza a sacar de todo, sale cuanto cosa lo que uno come no sabe lo que se queda por dentro. Y saca de todo, mira cuando te purgas sientes que cada rato vas a ir al baño sale un calor enorme, enorme sale el calor una vez que termine te dan tu caldito y de ahí te tranquilizas porque cada vez a veces nosotros comemos algo malo a veces. Nos pasa por dentro me cayó mal esto, me cayó mal. Es que estamos llenos de calor y por eso necesitamos refrescarnos. Por lo mismo (Informante 1).</i>
<i>Plantas para los problemas de la próstata</i>	<p><i>Hay un, éste, ahora hace poco lo descubrieron, hay una planta no recuerdo como se llama que, que, hay una plantita más chica que le llaman el colla, pero tienen en sus hojas unas espinitas esas no son, pero son parecidas, hay otras que son más grandecitas y que les sale unas semillas y con esas semillas según dice los compañeros que hervido, y con eso dice que se desinflama y queda bien la próstata (Informante 4).</i></p> <p><i>El nin está bien amargo, creo que para bajar el colesterol no se algo así, o también se tomá el noni, tenemos una mata de cada cosa, si tenemos (Informante 2)</i></p>

Apoyo en la Familia, dios y atención médica para recuperar la salud.

Los informantes refieren que su principal apoyo en el cuidado de su salud son sus hijos y/o esposas, pero también en dios y los médicos que brindan atención ante un problema de salud. La familia es el principal motivo para cuidarse para cumplir con sus responsabilidades y compromisos.

Pues mi esposa, mis hijos son los que me dicen que hay que ir. Al médico para que te controle. Porque desafortunadamente la diabetes no se cura (Informante 4).

Pues yo mismo la responsabilidad de estar bien para la familia, porque uno tiene sus compromisos (Informante 2).

Bueno yo confío mi salud por que realmente también a echo milagros pues de parte de un gran Dios poderoso que está en el cielo porque yo he escuchado igual que algunos comentarios que a veces cuando alguna persona está muy centrada en la religión a veces aun así a veces, aun así, están enfermos entra una etapa de ayuno

y ha dado resultado que sana y siempre he aceptado ¿por qué? Porque sabemos que, que, el que nos da la vida, nos da todo, todo, está en el cielo aunque también hace lo posible los médicos pero también tenemos que confiar igual primeramente en el que está en el cielo que es Dios un gran poderoso (Informante 6).

Recomendación a las enfermeras y médicos.

Desde la cosmovisión de los hombres chontales indígenas, sugieren a las enfermeras y médicos intensificar la información de prevención de la enfermedad prostática y claridad en la explicación, de esta forma podrían buscar atención preventiva y aceptar las pruebas de detección integral para el CaP, así como motivación, confidencialidad y compromiso por el personal de salud.

¿Qué piensa de la atención que brindan las enfermeras y médicos a los señores de la villa?

Ósea, mmm el hombre como que está muy abandonado (Informante 2)

¿Por qué piensa eso?

Yo creo que el sistema de salud no ha difundido los programas de salud para el hombre, hasta ahora no he escuchado que al hombre lo motiven como lo del cáncer de cervicouterino ¡lo anunciaban con bomba y platillo!, que hay que ir al centro de salud que hay que prevenir, pero el hombre nada no hemos escuchado que hayan lanzado una campaña o como que hacer para que uno no se enferma de la próstata (Informante 2).

¿Usted cree que es importante que los hombres conozcan acerca del CaP?

Si así es, porque estén consientes ellos también. ¿Para qué? Para que ellos no esperen hasta que estén enfermos se acerquen con el médico pueden hacer sus estudios así sanamente, oye quiero hacer una revisión médica ¿cómo está mi próstata? Así es (Informante 5).

Pues diría yo que estén más pendientes, porque muchas veces este, pues llegan un poco tarde a su trabajo, y como son ellos los que te curen, pues no pasa nada, deberían de ser más responsables, que la gente no llegue, no llegue en estado de ebriedad para que pueda hacer bien su trabajo, porque hay veces que llegan no digo que borrachos pero, bien como le llaman, crudo y de esa forma no pueden hacer su trabajo. Así es (Informante 4).

Capítulo V

Discusión y conclusión

El objetivo de este trabajo fue identificar la prevalencia de sintomatología prostática y factores de riesgo entre varones indígenas, para posteriormente realizar entrevistas en profundidad y comprender desde la cosmovisión de los hombres, los significados, las barreras culturales y de género, que contribuyen en la renuencia de los varones a aceptar las pruebas de detección integral de CaP en el primer nivel de atención.

Un primer resultado mostró que los síntomas del tracto urinario bajo, se presentaron en menos de una cuarta parte de los participantes; el único síntoma que aparece en la mayoría de los sujetos estudiados es la nicturia, en un estudio con pacientes que padecen HBP, realizado por (Hernández, 2007), el síntoma de nicturia mostró una alta prevalencia, sin embargo también es un síntoma que se asocia a Diabetes mellitus (DM), es importante mencionar que en la investigación realizada por (Repetto, 2019), los hombres con DM presentaron mayor predisposición a presentar inflamación de la próstata, esta última asociada a favorecer la aparición de HBP y CaP. Una limitante en la primera fase del estudio, fue no tomar en cuenta si los participantes, cursaban con DM. Se sugiere para próximas investigaciones identificar a los participantes que cursen con la enfermedad, para delimitar mejor a los varones que estén presentando síntomas prostáticos. Durante la entrevista en profundidad, un informante, expuso ser diagnosticado de DM, confirmando que el resultado del CSP, se vio influenciado por los síntomas propios de la DM, sin embargo fue una entrevista que aportó mucho durante todo el trabajo. Por otro lado, Delgado, (2015), en su estudio de prevalencia de síntomas prostáticos en hombres mayores de 60 años encontró que casi la mitad de la muestra cursaba con síntomas de moderados a severos, en los hallazgos del presente estudio se observa una correlación significativa entre

la edad y la sintomatología prostática; a mayor edad, mayor presencia de síntomas prostáticos, este hallazgo concuerda con Robles' (2019), dado que el riesgo de padecer las enfermedades prostáticas como HBP y CaP, aumenta a partir de los 50 años. Muy probablemente de los participantes que se clasificaron con sintomatología prostática moderada y severa, podrían estar cursando con HBP, siendo característica principal la presencia de síntomas del tracto urinario bajo, sin embargo también son síntomas que se relacionan con CaP en etapas avanzadas de la enfermedad, por lo que existe la posibilidad de que haya un pequeño porcentaje de participantes con CaP (Brigham, 2016; Quimis et al 2019): El problema estriba en que la búsqueda de síntomas, más la prueba de APE y ETR no pueden por si solos descartar o confirmar si los síntomas responden a la enfermedad benigna o al cáncer de próstata (Esquivel, Caicedo, Guaitarilla y Garcia, 2017), pero si pueden alertar tempranamente de la HBP y CaP. Pese al problema que representa el CaP en el mundo, estudios reportan que de 17 a 50% de los varones diagnosticados con CaP no progresará a metástasis o lo hará lentamente (Monzón, Bamadah, Viña y Jalon, 2017), otros estudios reportan que es necesario realizar el tamizaje a hombres que tienen sintomatología prostática (Fernández, Toirán, Varela y Segura, 2015). En este sentido es importante señalar que el diagnóstico temprano, contribuye a mejorar la calidad de vida de los varones y sus familias.

Respecto a los cuatro factores de riesgo evaluados, los participantes se clasificaron en mediano y alto riesgo, además se correlaciono de manera negativa con la variable edad; a menor edad, mayor presencia de factores de riesgo, Rodríguez, 2018, en su estudio con hombres que padecen CaP, encontró que los hombres tenían obesidad, y hábitos de fumar. Otros estudios reportan además de estos factores de riesgo; antecedentes familiares, dieta rica en grasas, sedentarismo y antecedentes de infecciones de transmisión sexual. En el

presente estudio de los factores de riesgo encontrados en más de la mitad de la muestra, dos son factores modificables. Por lo cual valdría la pena buscar estrategias que promuevan la salud de los hombres.

En un segundo momento; en la fase cualitativa de la investigación, el análisis del discurso de los informantes, permitió visualizar las barreras que principalmente interfieren en el cuidado de la salud de los varones. El sistema de salud hacia los pueblos indígenas se ha caracterizado por ser precario (Chant y Craske, 2007), en el escenario donde tuvo lugar la investigación los informantes manifestaron su inconformidad con la falta de insumos y personal de salud, dejando ver la necesidad de servicios con enfoque intercultural que actúen equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes (Caballos y Amores, 2009). Es necesario que las enfermeras y enfermeros desde su formación universitaria adquieran habilidades lingüísticas de los pueblos originarios del país. Los significados que los hombres chontales designan a la palabra cáncer y cáncer de próstata, también contribuye a que no busquen atención médica oportuna, por ser una enfermedad que da miedo, de evolución rápida y sinónimo de muerte, aunado a esto las barreras de género, en específico la masculinidad hegemónica que reproduce la dinámica patriarcal al considerarse hombres fuertes, quien provee el hogar, siendo la persona más importante de la familia, por lo tanto que no debe enfermar. Además de esto en el discurso de los informantes, la enfermedad prostática que involucra órganos sexuales desde su cosmovisión, es una enfermedad de la que no se habla o se habla poco. El método de diagnóstico en el primer nivel de atención se relaciona con homosexualidad. Todas estas conceptualizaciones hacen aún más difícil que los hombres decidan ir a las unidades de salud con fines preventivos. Córdova et al 2018, en su estudio de significados en población mestiza, reporta similares resultados; los hombres que participaron manifestaron que es más

importante la integridad física o moral, prefiriendo morir antes que ser explorados mediante el examen TR. Hodgson, (2018), en su estudio con hombres creoles indígenas, encontró discursos similares a los reportados en el presente estudio; los hombres tienen ideas desagradables respecto al examen de tacto rectal, como; pérdida de la hombría y homosexualidad.

Existe la necesidad de realizar más investigación en la población indígena chontal de Tabasco, reconociendo que son las poblaciones indígenas, grupos sociales vulnerados y es frecuente encontrar determinantes sociales e inequidades en la atención a la salud. Lo anterior se refleja en la muestra de estudio, pues la ocupación principal es la de campesino o agricultor, baja escolaridad, ausencia de seguridad social lo que sin duda repercute en el acceso a la información sobre promoción, prevención y diagnóstico de las enfermedades en el primer nivel de atención.

Pese a las barreras socioculturales y de género encontradas, también es visible la confianza que denotan los varones chontales a los profesionales de la salud, por lo cual recomendamos a quienes se encargan de la formación de recurso humano en áreas de la salud, promuevan las competencias de interculturalidad como; el enriquecimiento mutuo, respeto a la diversidad y relaciones equitativas. Es necesario que las y los enfermeros que participan en los cuidados de poblaciones vulneradas como los indígenas, analicen los significados al momento de realizar campañas de prevención de CaP y métodos de diagnóstico, se sugiere que los profesionales de enfermería realicen actividades que promuevan estilos de vida saludable; ejercicio y alimentación baja en carnes rojas y grasas saturadas, programas de salud con la participación de los hombres en el cuidado de su salud, recomendamos incluir competencias de interculturalidad en las disciplinas de salud, así como promover las pruebas de detección integral solo en hombres con factores de

riesgo, sintomatología prostática de moderada a severa y con una esperanza de vida mayor a 10 años.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Referencias

- Aldaco-Sarvide, F., Pérez-Pérez, P., Cervantes-Sánchez, G., Torrecillas-Torres, L., Erazo-Valle-Solís, A.A., Cabrera-Galeana, P., Cárdenas-Cárdenas, E. (2018). Mortalidad por cáncer en México: Actualización 2015. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 17, 28-34. Doi: 10.24875/j.gamo.M18000105
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método*. Recuperado de <https://cutt.ly/3yNdaAW>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, L.A., y Jemal, A. (2018). Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21492>
- Carrero-López, V.M., Cozar-Olmo, J.M., & Miñana-López, B., (2016). Hiperplasia prostática benigna y síntomas del tracto urinario inferior. Revisión de las evidencias actuales. (40) 5, 288-294. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210480616000036?via%3Dihub>
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, y Secretaría de Salud. (2016). *Guía de Consulta del Médico para la Atención de la Próstata. Crecimiento prostático benigno (HPB) en la persona adulta mayor*. Recuperado de <https://cutt.ly/8yXg4eH>
- Cevallos, R., y Amores, A. (2009). Prestación de servicios de salud en zona con pueblos indígenas. *Recomendaciones para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y*

- acreditación de servicios interculturales de salud en el marco de la renovación de la atención primaria a la salud.* Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>
- Chant, S., & Craske, N. (2007). *Género en Latinoamérica*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México, D.F. Publicaciones de la casa chata.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2009). *Memoria del Foro Internacional. La desigualdad entre mujeres y hombres: un obstáculo para el acceso al derecho humano a la salud.* Recuperado de https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/11_Publicaciones/11.3.pdf
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018). El derecho a la salud de los pueblos indígenas. Servicio y atención en las clínicas de las comunidades. Recuperado de <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>
- Córdova, D.I., Sapién, J.S., Corchado, A., Flores, V.E., Hernández, A.I., Horta, P., y Casañas, J. (2018). Tacto rectal: significados de la revisión prostática para el diagnóstico de cáncer de próstata. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 21(2), 772-795. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/65302/57225>
- Creswell, JW. (2014). *Research desing. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. (4ª ed). USA: SAGE.
- Delgado-Quiñones, E.G., Pulido-Guerrero, C., Navarro-Sandoval C., Rivera-Valdivia, W.G., & Sahagún-Cuevas, M.N. (2015). Prevalencia de síntomas prostáticos en pacientes

- mayores de 60 años en una unidad de medicina familiar. *Revista Médica*. 6(4), 263-267. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60320>
- Del Pino, S., Coates, A.R., Guzmán, J.M., Gómez-Salgado, J., y Ruiz-Frutos, C. (2018). Política sobre etnicidad y salud: Construyendo soluciones equitativas frente a las desigualdades étnicas. *Revista Española de Salud Pública*, 92, 1-7. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201809059.pdf>
- Diario Oficial de la Federación. (2014). *Reglamento de la Ley General de la Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Última reforma DOF 02-04-2014. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Forni, P. (2003). *Las metodologías de George Herbert Mead y Herbert Blumer. Similitudes y diferencias* [Documentos de trabajo No. 14]. Instituto de Investigación en Ciencias Sociales. Recuperado de <http://csoc.usal.edu.ar/archivos/csoc/docs/idicso-sdti014.pdf>
- Faur, E. (2004). *Masculinidades y desarrollo social. Las relaciones de género desde la perspectiva de los hombres*. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.unicef.org/masculinidades.pdf>
- Flecha-Macías, X.G., & Chacón-Reynosa, K.J. (2019). *Constitución del género en las niñas y niños tzotziles migrantes de Nuevo Zinacantan*. Procesos de reterritorialización y desarrollo de corporalidades. En Zarco-Ortiz, E. (Ed.), *Cuerpo, género y juventudes. Análisis de los procesos culturales emergentes en Chiapas*. *Biblioteca digital de Humanidades*.

- Gadea, C.A. (2018). El interaccionismo simbólico y sus vínculos con los estudios sobre cultura y poder en la contemporaneidad. *UAM*, (33) 95. Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3050/305058137002/html/index.html>
- García, M.A., Rueda, R., y Pedroza-Díaz, J. (2019). Prostatomas: Búsqueda de biomarcadores para la detección temprana del cáncer prostático. *TecnoLógicas*, (22)44, 131-148. doi: <https://doi.org/10.22430/22565337.1181>
- García-Perdomo, H.A., Zapata-Copete, J.A., y Sánchez, A. (2018). Una mirada global y actualizada del cáncer de próstata. *Revista de la Facultad de Medicina*, (66)3, 429-437. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.65770>
- Giménez, G. (2007). Un recorrido a través del concepto de cultura. Recuperado de http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/estsoc/pdf/estsoc_5/236.pdf
- Gómez, J., López, P., Martínez, G., Ortega, J.A., y Luna, A. (2019). Descripción factores de riesgo en el cáncer de próstata en la región de Murcia. En Universidad de Murcia, servicio de publicaciones (Eds.), *IV Jornadas doctorales de la Universidad de Murcia* (pp. 1075-1075). España: editum. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6892448>
- González-Montes, L.A. (2017). Permanencias en los discursos frente a prácticas de cuidado de sí en salud en el género masculino. *Hacia la promoción de la salud*, 22(2), 111-126. doi: 10.17151/hpsal.2017.22.2.9
- Griffith, D., Gilbert, K., Bruce, M., & Thorpe, R.J. (2016). Masculinity in men's Health: Barrier or Portal to Healthcare?. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/314602313_Masculinity_in_Men's_Health_Barrier_or_Portal_to_Healthcare

- Guevara, B., Zambrano-Guerrero, A., y Elvies, A. (2011). Cosmovisión en el cuidar de si y cuidar del otro. *Enfermería Global* (21) 1-7. Recuperado de <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/115281>
- Haro, J.A. (2008). Etnicidad y salud. Estado del arte y referentes del noroeste de México. *Región y Sociedad* (20) 2, 266-304. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252008000400008
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M.P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (5ª ed). México: McGrawHill.
- Hodson-Suarez, E., & Kelly-Kander, K.K. (2017). Hombres creole y cáncer de próstata en Bluefields, Costa Caribe Sur de Nicaragua. *Ciencia e Interculturalidad*. (20) 1. Recuperado de <https://www.camjol.info/index.php/RCI/article/view/4854/4584>
- Instituto Nacional del Cáncer (2017). *Análisis del antígeno prostático específico (PSA)*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata/hoja-informativa-psa>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Estadísticas a propósito del Día mundial contra el cáncer (4 de febrero)* (Comunicado de prensa No.61/18). Recuperado de <https://cutt.ly/cyXhJCX>
- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, e Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. (2018). *Atlas de los grupos indígenas de México. Chontales de Tabasco* [Síntesis etnográfica. Síntesis general sobre el pueblo]. Recuperado de http://atlas.cdi.gob.mx/?page_id=7561
- Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y representaciones sociales*, 3(5), 32-63. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/crs/v3n5/v3n5a2.pdf>

Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*. (7) 18, 1-21.

Recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35101807>

Leyva-Flores, R., Infante-Xibille, C., Gutiérrez, J.P. & Quintino-Perez, F. (2013). Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México,

2006-2012, Recuperado en

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-

[36342013000800008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800008)

Manzanilla- García, H.A. (2018). La Norma Oficial Mexicana 048- SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y prevención de la salud sobre el cáncer de próstata y su utilidad para la comunidad

médica mexicana. *Revista CONAMED*, (23)3, 107-109. Recuperado de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con183a.pdf>

Morillas, A. (2014). *Muestreo en poblaciones finitas*. Recuperado de

<https://cutt.ly/QyBPMmT>

McCoy, K. (2015). *Cáncer de próstata*. Cancer care of western New York. Recuperado de

<https://www.cancercarewny.com/content.aspx?chunkid=103521>

Nivon, E., & Rosas, A.M. (1991). Para interpretar a Clifford Geertz. Símbolos y metáforas en el análisis de la cultura. *Alteridades* (1) 1, 40-49. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/747/74746342005.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Consulta a expertos sobre tamizaje y detección temprana de cáncer de próstata en América Latina y el Caribe* (Informe de

reunión No. OPS/NMH/18-009). Recuperado de

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34936>

- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Temas de salud. Cáncer*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Organización Panamericana de la Salud, y Organización Mundial de la Salud. (2009). *La salud de los pueblos indígenas de las Américas: Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>
- Pargas-López, L. (2012). Reconstruyendo el Árbol Genealógico de las Representaciones Sociales. Algunos enlaces Socioculturales en El Parentesco. (22) 64, 162-198. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/705/70538666004.pdf>
- Polit, D.F., y Tatano, C. (2018). *Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería*. (9ªed). Barcelona: Wolters Kluwer.
- Pons-Diez, J. (2010). La aportación a la psicología Social del interaccionismo simbólico: una revisión histórica. *Revista de psicología y educación*, (9)1, 23-41. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3268858.pdf>
- Prensner, J. R., Rubin, M. A., Wei, J. T., & Chinnaiyan, A. M. (2012). Beyond PSA: the next generation of prostate 59áncer biomarkers [Resumen]. *Science translational medicine*, 4(127). Doi: <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.3003180>
- Quimis, A.E., Vargas, L.A., Izquierdo J.A., y Rodríguez, G.R. (2019). Factores predominantes de hiperplasia prostática benigna. *RECIAMUC*, (3)2, 318-341. Doi: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(2\).abril.2019.318-341](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(2).abril.2019.318-341)
- Raile-Alligood, M & Marriner-Tomey, A. (2011). *Modelos y Teorías de Enfermería*. (7ed). Barcelona, España.
- Reynoso-Noverón, N., y Torres-Domínguez, J.A. (2018). Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista Latinoamericana de*

- Medicina Conductual*, 8(1), 9-15. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/65111/57119>
- Reyes-Sanchez, E.A., Reyes-Alcaraz, J.E., Rodríguez-Sanchez, Y., Rendón-Macías, M.E., Acevedo-García, G., & Jaspersen-Gastelum, J. (2019). Detección de cáncer de próstata incidental con resección trans-uretral de próstata en pacientes con síntomas de tracto urinario inferior y antígeno prostático específico elevado del Hospital General de México. *Revista Mexicana de Urología*. 79 (4), 1-9. Recuperado de <https://revistamexicanadeurologia.org.mx/index.php/rmu/article/view/500>
- Ríos-González, Oriol. (2015). Nuevas masculinidades y educación liberadora. Intangible Capital, 11(3), 485-507. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/549/54941394011.pdf>
- Rivero, A., y Berríos, R. (2016). El cáncer de próstata y la construcción social de la masculinidad en Puerto Rico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, (6)1, 164-190. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v6n1/v6n1a08.pdf>
- Rodríguez, L.M. (2012). De enfermedades y remedios: La transmisión oral del uso doméstico de plantas con fines medicinales en Campeche, México. *Apuntes. Revista de estudios sobre patrimonio social* (25)1, 62-71. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apun/v25n1/v25n1a06.pdf>
- Rodríguez, L.L., y Pérez, L.E. (2018). Caracterización de factores de riesgo en pacientes con cáncer de próstata en el municipio Placetas. *Revista Cubana de Urología*, 7, e51. Resumen recuperado de <http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/446/404>

- Ruiz, A.I., Pérez, J.C., Batista, Y., y González, L.E. (2017). Actualización sobre cáncer de próstata. *Correo Científico Médico*, 21(3), 876-887. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73979>
- Saldívar-Garduño, A., Díaz-Loving, R., Reyes-Ruiz, N.E., Armenta-Hurtarte, C., López-Rosales, F., Moreno-López, M., Romero-Palencia, A., Hernández-Sánchez, J.E., & Domínguez Guedea, M. (2015). Roles de Género y Diversidad: Validación de una Escala en Varios Contextos Culturales. Recuperado de 5(3), 2124-2147. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471916300059>
- Secretaría de Desarrollo Social. (2013). *Unidad de microrregiones. Dirección general adjunta de planeación microrregional*. Recuperado de <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=270040183>
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa de acción: Cáncer de próstata*. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cancer_prostata.pdf
- Secretaría de salud (2015). Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4. Disponible en <http://www.gob.mx/salud/articulos/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicano-articulo-4>
- Secretaría de Salud. (2017). *Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata)*. Diario oficial de la federación 15/12/2017. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5507972&fecha=15/12/2017

- Soler, R., Brossard, M., Suárez, N., y Alcaraz, M. (2018). Perfil de mortalidad en la provincia de Santiago de Cuba durante 2017. *MEDISAN*, (22)9, 897-908. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368457894005>
- Stone, B.V., Shoag, J., Halpern, J.A., Mittal, S., Lewicki, P., Golombos, D.M, Lee, R.K. (2017). Prostate size, nocturia and the digital rectal examination: a cohort study of 30 500 men. *BJUI International*, (119)2, 298-304. Doi:10.1111/bju.13613
- Taylor, S.J, y Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Torres-Sánchez, L.E., Espinoza-Giacinto, R., Rojas-Martínez, R., Escamilla-Núñez, C., Vázquez-Salas, R.A., Campuzano, J.C., & Lazcano-Ponce, E. (2016). Prostate 62áncer mortality according to marginalization status in Mexican states from 1980 to 2013. *Salud pública de México*, (58)2, 179-186. Doi: <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i2.7787>
- Vargas, S. (2016). Etiología y epidemiología del cáncer en Costa Rica. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, (73)618, 33-36. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66641>
- Vásquez-Dávila, M.A., & Hipólito-Hernández, E. (1994). La cosmovisión de los chontales de Tabasco: notas preliminares. *América Indígena*. (54) 1, 149-168.
- Vidal, J. (2012). Teoría de la Decisión: Proceso de interacciones u organizaciones como sistemas de decisiones. *Cinta de moebio*, (44), 136-152. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cmoebio/n44/art04.pdf>
- Zambrano, N., y Palma, C. (2018). Tratamiento de la hiperplasia prostática benigna y de la disfunción eréctil por el médico general. *Revista Médica Clínica Las Condes*. (29)2, 180-192. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.01.003>

Zamudio F.J., Ayala, M.R., y Arana, R.I. (2014). Mujeres y hombres. Desigualdades de género en el contexto mexicano. *Estudios Sociales*, (22)44, 250-279. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-

45572014000200010

Zolla, C. (2007). *La salud de los pueblos indígenas de México*. Recuperado de

http://www.nacionmulticultural.unam.mx/portal/pdf/proyectos_academicos/salud_p

[ueblos_indigenas.pdf](http://www.nacionmulticultural.unam.mx/portal/pdf/proyectos_academicos/salud_p)

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Anexo 1**Cuestionario de Síntomas Prostáticos.**

Fecha _____ Nombre _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
 Escolaridad: _____ Domicilio: _____ Ocupación: _____
 Estado civil: _____ Teléfono _____ Seguridad Social: _____

Marque con una X en la columna correspondiente a su respuesta.

Preguntas	Nunca	Una vez de cinco	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
1.- Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?						
2.- Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?						
3.- Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?						
4. Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil retardar el acto de orinar?						
5. Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro débil?						
6. Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?						
7. Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana	0 vez	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces

Se ha realizado el examen de Tacto rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)	
SI	NO	Cuantitativo _____ ng/ml	
		Cualitativo	
		Positivo:	
		Negativo:	
Fecha _____	Pendiente _____	Fecha _____	Pendiente _____

Anexo 2

Entrevista de factores de riesgo⁷.

Factores de riesgo	Respuesta	Nivel de riesgo
1.- Antecedentes familiares de cáncer de próstata. ¿Alguien de su familia padeció o padece cáncer de próstata?		0 NO 1 SI
2.- Sobrepeso u obesidad Peso: Talla: IMC		0 NO 1 SI
3.- Consumo de grasas saturadas y carnes rojas en exceso. ¿Me podría decir cuáles son los alimentos que consume en un día normal?		0 NO 1 SI
4.- Etnicidad ¿Usted se considera una persona indígena chontal? ¿Me podría comentar por qué?		0 NO 1 SI

Valoración

Sin riesgo: 0

Mediano riesgo: 2

Alto riesgo: 4

⁷ Esta parte la interroga el investigador (a)

Anexo 3

Guía de entrevista cualitativa.

Datos sociodemográficos

¿Me podría decir cuál es su nombre?

¿Cuántos años tiene?

¿Quiénes integran su familia?

¿A qué se dedica?, ¿Qué es lo que más le gusta de su trabajo?

¿Hasta qué año fue a la Escuela? ¿Porque hasta ese grado fue a la escuela?

Categoría: Salud –enfermedad-atención en hombres

La salud es un tema muy importante para todos, ¿Usted se considera una persona saludable?

¿Cuándo usted dice que una persona es saludable?

¿Y cuándo consideran que una persona no es saludable?

La enfermedad puede estar presente en algún momento de la vida ¿para usted que es estar enfermo?

Platíqueme ¿qué siente cuando está enfermo y que es lo primero que hace?

¿Dígame cuando ha estado enfermo quien o que le motiva en la búsqueda de atención medica?

Dígame, usted piensa que alguien cuida de su salud, platíqueme ¿Por qué cree que es así?

De todos los que viven en el hogar ¿quién es la persona que más se cuida? Usted, ¿porque cree que es así?

¿Platíqueme usted como cuida su salud?

Categoría: Genero-Masculinidades

Los hombres y las mujeres de la villa hablan la lengua chontal y se describen como hombres y mujeres verdaderos, me podría describir, ¿cómo son los hombres de la villa?, ¿cómo es una mujer de la Villa Tamulté?

Platíqueme, normalmente ¿qué actividades hacen las mujeres de la comunidad?

Normalmente ¿qué trabajos realiza un hombre yokot'an?

Usted me podría describir, ¿cómo es un hombre yokot'an?

Dígame, ¿qué piensa de los hombres que asisten a la consulta médica frecuentemente?

Existen enfermedades propias de las mujeres como el cáncer cervico-uterino y en el caso de los hombres el cáncer de próstata, Usted ¿sabe cómo se detecta la enfermedad de cáncer de próstata?

¿Ha escuchado del examen de tacto rectal para la detección del cáncer de próstata?

¿Cómo se imagina que es el examen de tacto rectal?

Usted, ¿se ha realizado la prueba de tacto rectal?

¿Por qué no?

Platíqueme, ¿usted ya pensó en realizarse la prueba?

Dígame ¿qué piensa de esta prueba de detección?

Entre amigos se habla de diversos temas, ¿qué le han dicho sus amigos de la prueba de detección de cáncer de próstata?, alguno de sus amigos, ¿se ha realizado la prueba? ¿Qué le contaron sus amigos?, ¿cómo se sintieron? ¿Se la realizó un doctor o una doctora?

Dígame usted si algún día se la realizará, ¿Con quién sentiría más confianza, con un Dr. o una Dra.?

Categoría: conocimiento y pruebas de detección

¿Ha oído hablar usted acerca del cáncer de próstata? Cuénteme, ¿qué es lo que ha escuchado?

¿en dónde ha escuchado esa información? ¿Quién le ha dado la información? ¿Usted cree es importante para los hombres saber acerca de este problema? ¿Cuénteme por qué cree usted eso? ¿Qué otra cosa me puede decir acerca de lo que ha oído? ¿Qué le viene a la mente cuando escucha la palabra cáncer? ¿Y cuando escucha las palabras cáncer de próstata?

¿Usted cree que haya alguna forma de saber si un hombre chontal tiene cáncer de próstata? A ver cuénteme más acerca de esto que me está diciendo.

¿Alguna vez ha ido al médico para realizarse algún estudio para esto? ¿Con quién fue? ¿Qué estudios tiene esa persona? Cuando fue, ¿por qué asistió? A ver don... Cuénteme, ¿sabe de alguien de sus amigos que se haya realizado la prueba para la detección de CaP? ¿Usted le pregunto cómo fue? ¿Le contó a usted cual fue su experiencia? ¿Y usted qué opina de eso? ¿Usted ya se realizó los exámenes de detección de CaP?

(Si) ¿Cuándo?, cuénteme su experiencia, ¿se la volvería a realizar? (porque sí, porque no).

Algunos señores no quieren asistir a las pruebas de CaP, ¿por qué cree usted que no desean tomarse las pruebas para detectar o descartar la enfermedad?

(No) platíqueme las razones principales que le impiden a usted asistir. Dígame don.... Que podríamos hacer en este caso las enfermeras o los médicos para que usted quisiera o aceptar ir a tomarse las pruebas

De sus amigos, o familiares, ¿alguien ha padecido cáncer de próstata?, ¿cómo fue la experiencia de su amigo con la enfermedad?, ¿Cómo le detectaron la enfermedad? ¿Le platico que fue lo que sentía?, ¿qué malestares sentía?

Su familiar le platico, ¿cuál fue el tratamiento que mantuvo o mantiene para la enfermedad? Cuando asiste a la consulta médica por algún servicio, ¿le han dado información sobre el cáncer de próstata? ¿Quién le dio información? ¿Qué fue lo que más le intereso del tema?, le ofertaron alguna prueba de detección para el cáncer de próstata, ¿Quién?, Usted ¿qué opina de lo que le dijeron de la enfermedad de cáncer de próstata?

Categoría: Barreras de acceso a servicios de salud, profesionales de la salud.

Usted ¿se encuentra afiliado a alguna institución de salud?

¿Cuándo fue la última vez que asistió al centro de salud?

En aquella ocasión ¿por qué asistió?

Usted ¿qué siente cuando está enfermo?

¿Cómo considera que es la atención a la salud que se brinda en la comunidad? ¿Por qué?

Cuando usted llega al centro de salud ¿Cómo le gustaría que le atendieran?

¿Ha asistido a consulta en el centro de salud últimamente? Si es así platíqueme, ¿cuál fue el motivo de su consulta? Cuando usted asiste al centro de salud, por alguna situación, ¿usted comprende las indicaciones y tratamientos que le dicen los médicos? ¿Alguna vez se ha quedado con dudas sobre cómo tomar o seguir su cuidado? ¿Cuénteme cuales fueron esas dudas sobre qué cosas?

Cuénteme cómo lo atienden las enfermeras y enfermeros, el médico en su comunidad.

Quienes asisten más al Centro de Salud, ¿los hombres o las mujeres? ¿Por qué cree usted que sean así las cosas? De los hombres que asisten al Centro de salud ¿son más los jóvenes, los adultos o adultos mayores?, ¿por qué cree que son así las cosas?, A ver cuénteme, ¿Usted por qué cree un hombre de Tamulté o los alrededores va a la consulta médica?

Categoría: Etnia y Barreras culturales

En la comunidad muchas personas hablan el Yokot'an, ¿Usted cuánto tiempo lleva viviendo en la villa?

¿De quién aprendió a hablar Yokot'an? En su familia ¿todos la hablan? ¿En su hogar se comunican en español o en Yokot'an? ¿Cuál es más fácil?

Cuando llega al centro de salud a pedir información, ¿el personal de salud habla en yokot'an?

¿A usted en cuál de los dos idiomas le gustaría recibir información? ¿Cuándo llega a su casa recuerda las indicaciones del tratamiento? ¿Termina el tratamiento? ¿Por qué?

Dígame, ¿usted por qué cree que las personas enferman?

Platíqueme, ¿Usted en quien confía el cuidado de su salud? ¿Por qué es así? Cuando usted enferma, ¿a quién encomienda su recuperación?

¿Usted que hace para cuidar su salud? ¿Cómo cuida su salud?

En las familias existen diferentes formas de cuidar la salud o cuando alguien se enferma, platíqueme en su familia ¿cómo se cuidan? ¿Utilizan algún remedio casero cuando enferman? ¿Cuál? ¿Para qué lo utilizan? ¿Cómo aprendieron a utilizarlos? Cuénteme, ¿usted sabe cómo prepararlo?, ¿me podría explicar?

¿Cuáles son los resultados que obtuvieron? ¿Han recuperado la salud, han empeorado, han fallecido?

Para los problemas de orinar los señores ¿que utilizan? ¿Conoce a alguien que trate estos problemas? ¿A quién acuden?

Para la enfermedad de cáncer de próstata, ¿qué remedios ha escuchado que utilicen sus amigos? ¿Sabe usted como consumir esa hierba?

Cuénteme usted, ¿qué remedios o plantas ha utilizado? ¿En alguna ocasión las ha tomado?, ¿por qué problema de orinar? ¿Cómo se sintió?

Cuando usted asiste a la consulta médica ¿comparte con el médico y la enfermera o enfermero los remedios que utiliza? ¿Qué le han dicho de eso?

¿Usted siente que su opinión es tomada en cuenta por el médico y enfermero que le atiende?

Platíqueme, ¿cómo se siente?

Platíqueme alguna experiencia desagradable en la atención que brinda el centro de salud.