



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 24 No. 3

Septiembre de 2021

POSICIONES CORPORALES ELEGIBLES PARA LA VALORACIÓN CLÍNICA UROLÓGICA MEDIANTE TACTO RECTAL POR CÁNCER DE PRÓSTATA: OPINIONES DE VARONES

Diana Isela Córdoba Basulto¹, José Salvador Sapién López², Paulina Horta Rueda³
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

En México el Cáncer de Próstata es la primera causa de muerte masculina por patologías neoplásicas. El Tacto Rectal es un método de diagnóstico prostático, puede realizarse empleando diferentes posiciones corporales. Objetivo: conocer y analizar las preferencias de los varones por alguna de las posiciones corporales que se emplean para la valoración clínica mediante Tacto Rectal por Cáncer de Próstata. Método: Participaron 30 hombres mayores de 45 años de edad. Se firmó Consentimiento Informado, se mostraron cinco imágenes con las posiciones corporales que se pueden usar para la valoración clínica por medio del Tacto Rectal, y se realizaron entrevistas semiestructuradas. Resultados: la mayoría de los hombres del estudio no aceptarían el Tacto Rectal, incluso, algunos preferirían morir antes que ser explorados. Otros aceptarían la posición de estar de Pie y Flexionando la cadera. Hay una enorme asociación entre Tacto Rectal y Homosexualidad, lo que es motivo de rechazo de este método diagnóstico. Conclusiones: Se requiere trabajo multidisciplinario, resignificación de la salud, del Cáncer de

¹ Licenciada en Psicología y Maestra en Investigación en Servicios de Salud, por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Doctora en Antropología (Médica) por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Profesora Titular FES Iztacala, UNAM. Correo Electrónico: dicordoba@hotmail.com

² Licenciado y Maestro en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, Doctor en Antropología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Profesor Titular FES Iztacala, UNAM. Correo Electrónico: josesapien@hotmail.com

³ Licenciada en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Correo Electrónico: pau.horta.r@gmail.com

Próstata y del Tacto Rectal como método de diagnóstico y atención de la salud masculina.

Palabras clave: Tacto Rectal, Cáncer de Próstata, Posiciones corporales, Masculinidad, Homosexualidad.

ELIGIBLE BODY POSITIONS FOR CLINICAL UROLOGICAL ASSESSMENT BY RECTAL TACT FOR PROSTATE CANCER: MALE OPINIONS

ABSTRACT

Prostate Cancer is the leading cause of male death from neoplastic pathologies in Mexico. Rectal examination is a prostate diagnostic method, it can be performed using different body positions. Objective: to know and analyze men's preferences for any of the body positions that are used for the clinical evaluation by means of a rectal examination for prostate cancer. Method: 30 men over 45 years of age participated. Informed Consent was signed, five images were shown with the body positions that can be used for clinical assessment by means of the Rectal Touch, and semi-structured interviews were conducted. Results: most men in the study would not accept digital rectal examination, even some would "rather die" than be explored. Others would accept the position of standing and flexing the hips. There is an enormous association between Rectal Exam and Homosexuality, which is the reason for rejection this diagnostic method. Conclusions: Multidisciplinary work, a redefinition of health, and Prostate Cancer and Rectal Touch as a method of diagnosis and care of male health are required.

Key words: Rectal examination, Prostate Cancer, Body positions, Masculinity, Homosexuality

Con el avance de la edad en el hombre adulto y el consecuente proceso de envejecimiento, la presencia de padecimientos prostáticos suele ser más frecuentes. En este contexto, el Cáncer de Próstata (CaP) es reportado como la patología oncológica más común en varones mayores de 50 años (Rodríguez, Baluja, y Bermudez, 2007; Álvarez, Escudero y Hernández, 2008; Moreno, 2015; Fajardo y Jaimes, 2016).

En México, el CaP es la primera causa de muerte en hombres mayores por enfermedad neoplásica, (Blanco, Escudero, y Hernández, 2008; López, Soto, Candia, Arriaga, Camacho y García, 2013; Villeda, Rivera, Romero, Lisker, Castillejos y Zavaleta, 2016).

La próstata es una glándula que con el paso de los años en el hombre va aumentando de tamaño, Vergara y Bautista (2007) mencionan que el ritmo de crecimiento prostático de los 31 a los 50 años es de 1.6 g por año, y se duplica entre los 50 a 75 años edad. Por lo que es frecuente que en los hombres a partir de los 55 años cerca del 61% presente sintomatología prostática, y alrededor de los 75 años de edad el 50% reporten disminución de la fuerza y calibre del chorro urinario para la micción.

Continuando con Vergara y Bautista (2007), algunos de los síntomas relacionados con patologías prostáticas son: disminución de la fuerza de la micción, aumento del residuo de orina en la vejiga, alteración del perfil de la uretra, que a su vez son reportados por los varones como dificultad para iniciar la micción, nicturia (levantarse por la noche para orinar con frecuencia), sensación de residuo urinario (quedarse con ganas de orinar), interrupción del chorro urinario, también pueden presentarse dolor lumbar, abdominal o rectal asociados estos últimos a prostatismo. Un estudio reportado por Aldaco, Pérez, Cervantes, Torrecillas, Erazo, Cabrera y col. (2018), indica que la mortalidad en México por cáncer de próstata se registra con mayor frecuencia en los siguientes Estados de la República, Nayarit, Michoacán, Sinaloa, Ciudad de México y Colima.

Por su parte, Fullá, Sotelo, García, Oyanedel, Sánchez, Ramos y col. (2014), igualmente reportan que el CaP en algunos países Latinoamericanos, está entre las primeras causas de muerte masculina.

Un dato reciente que resulta de particular atención destacar es el mencionado por Bolaños y Chacón (2017), respecto a los hallazgos en varones que fallecieron en su década de vida de los 80 años, ya que la presencia de alteraciones cancerosas prostáticas se ha identificado en un 70% de las autopsias.

Se ha documentado que el CaP es una patología oncológica multifactorial. Un factor de riesgo muy relevante es la *edad*. Antes de los 50 años es menor la frecuencia del diagnóstico (0.7%), pero en hombres mayores de 65 años se incrementa la probabilidad de padecerlo (entre un 75 y un 85%). El factor étnico-racial-geográfico muestra mayor influencia de ocurrencia en hombres afroamericanos que en varones del sudeste asiático (Fajardo y Jaimes, 2016; Ferris, García, Tornero y Ortega,

2011). Igualmente participan factores: genéticos, familiares, hereditarios, hormonales y antropométricos como la obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 que aumentan el riesgo de padecerlo (Ferris, García, Tornero y Ortega (2011).

Otros factores que igualmente están relacionados con el CaP son la exposición al humo del tabaco y los procesos prostáticos infecto-inflamatorios crónicos. (Ferris, Garcia, Berbel, García, Lopez, Sobrino, y col (2010).

El CaP en su fase inicial es una enfermedad silenciosa y asintomática, por lo que una de las recomendaciones del sector salud a los hombres con antecedentes de familiares directos de CaP (abuelo, padre, hermanos e hijos), es que acudan a revisión diagnóstica médica urológica anual a partir de los 40 años de edad, y a los hombres sin antecedentes familiares a partir de los 50 años de edad para su detección oportuna (Fajardo y Jaimes, 2016).

Estas recomendaciones de asistencia para detección temprana han sido el resultado de identificar que por lo general los hombres que llegan a consulta por este tipo de Cáncer, se presentan con estadios avanzados de la enfermedad (Pow y Huamán, 2013). Existe evidencia de opiniones profesionales acerca de los beneficios potenciales del diagnóstico temprano, los riesgos conocidos inherentes a éste y la conveniencia de compartir la decisión con el paciente sobre el tratamiento a seguir. Sobre lo primero, se ha recomendado obtener un diagnóstico del CaP antes de que se presente la sintomatología correspondiente en estadios avanzados (Casal y Majdalani, 2003).

Respecto del hecho de *compartir la decisión de tratamiento* se ha propuesto, de acuerdo con la guía del American College of Physicians, que los médicos y sus pacientes analicen y elijan, con base en toda la evidencia disponible, las alternativas viables (Casal y Majdalani, 2003).

Los principales métodos para el tamizaje del CaP son el Antígeno Prostático Específico (APE) y el Tacto Rectal (TR). Ambos métodos aportan información que, en conjunto, permiten un mayor conocimiento de la condición prostática del varón. Entre las ventajas de estos métodos de diagnóstico están el bajo costo y la prontitud de los resultados para la atención de la salud del paciente que así lo requiera.

En particular, el TR consiste en una exploración clínica que permite la identificación de características morfológicas de la Próstata (dureza, forma y tamaño). Para la realización del TR se utiliza únicamente un guante de látex y lubricante; el médico aplica lubricante en el dedo que va a introducir en la región anal y rectal, la duración de la exploración es de apenas unos segundos (Villegas, Villegas y Villegas, 2010). Desde una aproximación psicosocial, un aspecto sumamente importante de la atención del CaP tiene que ver con múltiples factores por los que los varones no asisten a la revisión médica para la detección oportuna de esta neoplasia.

Adicionalmente, la población que padece esta enfermedad por lo general no cuenta con los recursos económicos para la atención médico-hospitalaria, por tanto, el Sistema Nacional de Salud debe asumir los costos de los estudios y tratamientos (Tirado, Vela, y Mohar, 2003).

Algunos estudios han destacado, como factores que interfieren con la detección temprana del CaP: el miedo al cáncer, el nivel educativo bajo, la falta de información sobre el examen, la desconfianza hacia el personal médico, el temor al dolor, el sentimiento de incomodidad o vergüenza, pero también determinada inquietud de los varones sobre la posible afectación de su masculinidad al someterse al procedimiento de tacto rectal (Fajardo y Jaimes, 2010).

Desde que De Keijzer (1997), planteó que este tipo de exploración clínica por diversas razones trastoca algunas construcciones socio-culturales de la masculinidad hegemónica, en donde el varón es esencialmente dominante y presenta comportamientos de control para subordinar a las mujeres y a otros varones, esto a la fecha no ha cambiado. En estas construcciones se favorecen las muestras de agresividad, la resistencia, el aguante y la valentía, que forman parte de conductas que conducen a riesgos y perjuicios en la salud de los hombres, y silencian expresiones de dolor, sufrimiento y emociones que suponen debilidad masculina. La oposición de la mayoría de los varones a hablar de sus problemas sexuales y urinarios, y de los conflictos que con estos se suscitan, forma parte de esquemas que aprenden para mantener en silencio, ocultar y negar sus padecimientos urológicos, aún dentro de la consulta médica. Consideran que quejarse, hablar de sus dificultades o manifestar su dolor o sufrimiento son

conductas que no corresponden a las cualidades de fortaleza y virilidad atribuidas al hombre. En ocasiones estos comportamientos van llevando a los varones a no asistir a atención médica, o a emplear algunas estrategias para ocultar sus padecimientos y así evitar que la pareja y otras personas con quienes conviven cotidianamente los perciban como hombres enfermos y que requieren ayuda.

Un elemento obstaculizante en los cuidados de la salud masculina son los prejuicios ante la introducción anal digital que requiere el TR, ya que aceptarla podría ser interpretada, desde el punto de vista del paciente, como signo de homosexualidad, en sociedades homofóbicas como la nuestra. Entonces, se conjuntan, como factores relevantes, el temor al TR como procedimiento médico, la falta de una cultura de la prevención en salud masculina y el sexo del médico (varón o mujer) que realiza el examen, este último por las significaciones sexuales involucradas (Oblitas, 2009).

Por lo anterior, consideramos necesario que la perspectiva de género se desarrolle cada vez más en el sistema de salud para poder visualizar y comprender el punto de vista masculino y así identificar factores de riesgo que puedan ser modificados dentro de la construcción, no de la masculinidad hegemónica sino de las masculinidades, y facilitar la participación de los hombres en la prevención y cuidados de su salud, particularmente ante patologías como el CaP, que son objeto de estigmas sociales y culturales que empobrecen la atención oportuna y mantienen a esta enfermedad como primera causa de muerte masculina en nuestro país.

Un problema que enfrenta el sector salud para la detección oportuna del CaP, en la mayoría de países Latinoamericanos, es la oposición que presentan los varones para que se les realice el examen diagnóstico por TR, esto debido a la prevalencia de prejuicios sobre este método de diagnóstico que ha sido relacionado con la homosexualidad (Oblitas, 2009).

Otro de los grandes problemas que existen para la atención oportuna y de manera preventiva para el diagnóstico temprano del CaP es la falta de autocuidado por parte de los varones. Coincidimos con Arenas y col. (2012), en que es necesario considerar en los estudios relacionados con la salud de los varones los procesos de

socialización, así como las prácticas específicas en el cuidado y autocuidado de su salud ya que puede tener repercusiones importantes en la salud-enfermedad.

Se ha observado que los varones dados los aprendizajes de las masculinidades tienden a concebir su cuerpo más como un instrumento de trabajo, con mayor exposición a riesgos pero también con menos conductas de autocuidado.

Una reflexión interesante planteada por Figueroa (2015), acerca del autocuidado y las representaciones sociales en términos de costos negativos para la salud que se relaciona con las posibles interpretaciones que pueden hacer los varones acerca del Tacto Rectal es concebirlo como “algo no deseable” lo cual, tiene que ver con los aprendizajes de género acerca del ser hombre, en donde importan las etapas de la vida, ya que es precisamente en la edad adulta en donde es más frecuente el CaP por lo que sería pertinente no descuidar los significados de las enfermedades, la salud y la muerte, y así acercarse a entender entonces a la comprensión de los prejuicios y rechazos sobre las exploraciones médico-urológicas a las que tarde o temprano los varones pueden estar expuestos debido como se mencionó al inicio al envejecimiento y las patologías que se pueden ir presentando como resultado del paso de los años y el deterioro natural del cuerpo masculino.

Pasemos a comentar sobre la realización del TR digital, esta valoración clínica implica posiciones corporales poco comunes para el paciente, dentro del contexto de una consulta médica. Sin embargo, a pesar de que para el paciente resulten incómodas, durante la exploración clínica permiten y facilitan la palpación de la Próstata (Tirado, Vela, y Mohar, 2003).

Las posiciones corporales más frecuentes para el Tacto Rectal son las siguientes:

1) Decúbito supino (acostado boca arriba, lo que permite un acceso sencillo al periné y a la región ano-rectal, también se le puede solicitar al paciente que en esta posición flexione ambas piernas, las lleve hacia su pecho y las sostenga con las manos sujetándolas de las rodillas.

2) Decúbito lateral o Sims (yaciendo de lado con las piernas extendidas o flexionadas y los brazos paralelos al cuerpo; el brazo inferior, que queda del lado sobre el que se apoya, debe estar ligeramente separado y hacia adelante, evitando que quede aprisionado debajo del peso del cuerpo; el eje del cuerpo es paralelo al

suelo; también puede solicitarse que el paciente flexione las rodillas y adopte una posición fetal quedando la espalda del paciente cercana a la orilla de la mesa de exploración.

3) Genupectoral (de rodillas e inclinado hacia delante hasta apoyarse en los codos o el pecho; las rodillas estarán ligeramente separadas y los muslos perpendiculares a la cama.

4) Posición de pie flexionando la cadera (parado de frente en el límite de la mesa o camilla y recargando ambos brazos en ella, con lo que se dobla la cadera.

5) Litotomía modificada (en posición supina, los glúteos deben estar alrededor de 3 cm del límite de la mesa, las piernas reposan en los estribos o perneras de mayor grosor, siendo protegidas con una almohadilla para evitar la fricción de las mismas con el metal. Esta posición se emplea principalmente para la Resección Transuretral de la Próstata. En la Figura 1. Se muestran gráficamente cada una de las posiciones descritas.






				
1. Decúbito dorsal	2. Decúbito lateral ó Sims	3. Genupectoral	4. De pie flexionando la cadera	5. Litotomía modificada

Figura 1. Imágenes de las posiciones empleadas para la realización del tacto rectal. (Elaboración propia)

El objetivo de la presente investigación es conocer y analizar las preferencias de los varones por alguna de las posiciones corporales que se emplean para la valoración clínica mediante Tacto Rectal por Cáncer de Próstata.

MÉTODO

La presente investigación es de tipo cualitativo. Se usaron imágenes con las posiciones adoptadas comúnmente por los pacientes durante el tacto rectal para detección de patologías prostáticas y se realizó una entrevista semiestructurada para recuperar la opinión sobre estas posiciones. Las entrevistas se realizaron en consultorios médicos en diferentes Clínicas del Sector Salud en la Ciudad de México.

Participaron 30 hombres cuya edad osciló entre los 40 y 70 años.

Todos los participantes firmaron el Consentimiento Informado. Se trabajó con una codificación alfa numérica para mantener el anonimato y confidencialidad de los participantes.

Procedimiento: A cada participante se le explicó de manera general qué es el Cáncer de Próstata y se le comentó que para realizar el diagnóstico y detección temprana es importante que el médico especialista realice un tacto rectal para identificar la morfología de la próstata. Después se les mostraron las imágenes de las posiciones que se utilizan para la realización del Tacto Rectal y se les preguntó su opinión sobre cada una de las posiciones que se emplean para esta valoración clínica, esta última parte se realizó a través de una entrevista semiestructurada, cuyos ejes fueron los siguientes:

1. Antecedentes de revisión prostática.
2. Preferencia por alguna posición corporal para la valoración clínica de la próstata a partir de la observación de 5 imágenes.
3. Razones para elegir las posiciones para el Tacto rectal.
4. Razones para no elegir alguna posición para el Tacto Rectal.
5. Creencias sobre el Tacto Rectal como método de valoración clínica por patologías prostáticas.
6. Prejuicios sobre el Tacto Rectal como método de valoración clínica por patologías prostáticas.
7. Importancia de la información otorgada por el médico para que el paciente elija la posición para el tacto rectal.

8. Opiniones ante la negación para a ser valorado clínica mediante Tacto Rectal ante una posible sospecha de Cáncer de Próstata.
9. Elección de una posición dependiendo de sus características físicas.

Los datos obtenidos de las entrevistas fueron audiograbados con autorización de los participantes y posteriormente fueron transcritos para ser analizados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el orden de las preguntas que se realizaron se presentan los hallazgos obtenidos.

1. Antecedentes de revisión prostática.

Ninguno de los participantes ha acudido de manera preventiva a revisión prostática para detección de Cáncer de Próstata. Consideran que no es necesario que les realicen alguna revisión si no tienen ningún síntoma que les genere dudas sobre su salud.

A pesar de que algunos de ellos eventualmente han presentado molestias para orinar han preferido recurrir a la medicina alternativa, tomar infusiones y thés que les han recomendado amistades para evitar ir al urólogo.

Prefieren las recomendaciones de conocidos, pláticas con hombres de su confianza y visitas a páginas de internet en donde obtienen información sobre algunos padecimientos prostáticos y alternativas de solución.

Algunos tienen experiencia de visitas urológicas por antecedentes de circuncisión, dolor testicular, vasectomía, Virus de Papiloma Humano y Cáncer de Próstata de familiares.

Si bien algunos hombres ya han tenido contacto con el especialista por otros motivos relacionados con su salud en diferentes momentos de la vida, esto no es razón suficiente para acudir a revisiones de manera preventiva, y tal vez por la edad de los participantes, hombres de edad entre 40 y 70 años, algunos tendrán que acudir a una revisión por patologías relacionadas con la próstata como lo señalan

Vergara y Bautista (2007), ya que los cambios en la próstata se van presentando con el avance de la edad.

2. Preferencia por alguna posición corporal para la valoración clínica de la próstata a partir de la observación de 5 imágenes.

Cuando se les presentaron las imágenes de las posiciones que se usan con más frecuencia para el examen clínico mediante el Tacto Rectal, las preferencias se distribuyeron de la siguiente manera:

Primer lugar Posición número 4, “Estar de pie con flexión de cadera” (15 participantes)

Segundo lugar, Posición número 2, “Decúbito lateral o de Sims” (5 participantes).

Tercer lugar, Posiciones número 3, “Posición Genupectoral” y 5 “Posición de Litotomía Modificada”, (ambas con 4 participantes).

Cuarto lugar, Posición número 1 “Posición en decúbito dorsal” (2 participantes).

Consideramos que sería conveniente que cuando los hombres asistieran a consultas médicas se les enseñara de manera similar a como ocurre con las mujeres que hay formas de detección y atención temprana del Cáncer de Próstata, lo cual podría redundar en disminuir la mortalidad masculina por esta causa, señalarles que esta patología oncológica se encuentra en las primeras causas de muerte en los varones (Fullá y col., 2014; Blanco y col. 2008; López y col, 2013; y Villeda y col. 2016). Y explicar que las posiciones corporales pueden ser interpretadas no sólo con connotación sexual, sino como estrategias necesarias para llegar a valorar una parte del cuerpo que al estar de manera interna este es un medio de poder conocer su morfología y los posibles cambios a partir de una enfermedad.

3. Razones para elegir las posiciones para el Tacto rectal.

Fue interesante observar que la mayoría de los participantes al observar las 5 imágenes coincidieron en decir que al ver las posturas, lo que hicieron fue imaginar cuál es la que podrían aceptar o rechazar. Y a partir de imaginar o imaginarse, de concebirse en la situación, de pensar que en alguna de esas posiciones pudieran

ellos necesitar estar en algún momento dado debido a una patología prostática o específicamente por llegar a ser pacientes con Cáncer de Próstata, eso les llevó a expresar sus razones para elegir alguna posible posición en el caso de que ellos pudieran o tuvieran la oportunidad de elegir cómo ser revisados por el médico, tal como lo plantean Casal y Majdalani, (2003).

Ellos imaginaban estar ante la posible situación en relación con el médico que les hiciera la valoración. Las opiniones para una probable aceptación fueron las siguientes:

Posición 1. Decúbito Dorsal. a) Debe ser la que el médico conoce. B) La que están acostumbrados los doctores.

Posición 2. Decúbito lateral o Sims: a) "Puede ser práctica" y b) "Puede que dejes el ano cerca para que te duela menos"

Posición 3. Genupectoral. a) Pues es la que tocó.

Posición 4. De pie flexionando la cadera: a) Debe ser menos incómoda, b) Debe ser más rápida, c) Debe ser la más común, d) Debe ser para varones, e) Deben tener más práctica los doctores.

Posición 5. Litotomía modificada. a) No hay gran variedad, b) Es lo que ellos deciden.

4. Razones para no elegir alguna posición para el Tacto Rectal.

Algunos hombres emplearon el recurso de la broma como una forma de expresar su oposición. En general manifestaron que ninguna les gustaría, pero que hay algunas que definitivamente rechazarían, sobre todo aquellas en las que desde su punto de vista asociaron más con un acto sexual coital.

Posición 1. Decúbito Dorsal. a) Tienes las manos ocupadas deteniendo las piernas ni como defenderte. b) No es una posición en la que se puedan ocultar las hemorroides y eso causaría vergüenza.

Posición 2. Decúbito lateral ó Sims: a) "Al dar la espalda no tienes control sobre el médico", b) "No sabes los gestos que esté haciendo, o si se está burlando, o le da asco", c) "Al dejar de ver al médico no puedes adivinar el resultado". d) "Le dejas toda la cancha libre para que ande metiendo el dedo"

Posición 3. Genupectoral: la mayoría consideró que es una posición en la que quedan en total indefensión por estar sobre la mesa de exploración sin ropa, con una postura en la que sus extremidades quedan apoyadas para poder sostenerse y no les deja libertad de movimiento para defenderse en caso necesario. Además, consideraron que tiene una connotación de tipo sexual explícita y semejante a la empleada en las penetraciones de tipo anal entre varones o de penetración sexual hacia la mujer: “Es como ponerte en 4”, “ Es la de perrito, bueno, casi”.

Posición 4. De pie flexionando la cadera: a) Es la que usan los hombres para tener sexo entre varones, b) Es una posición en la que no se puede ver al médico. c) Al estar con el pantalón y el calzón abajo no es posible moverse rápidamente en caso necesario porque se puede caer el hombre a quien están revisando. d) es una posición vergonzosa.

Posición 5. Litotomía modificada: fue considerada por varios como una posición que se usa para que revisen a las mujeres en las consultas ginecológicas, por lo tanto no la aceptan ya que esto los haría sentir que atenta contra su masculinidad: “Perdería mi imagen de hombre”, “Esa la usan para las mujeres cuando van a parir”, “Ni que fuera mujer”, “No, ¿qué pasó? esa no es de hombres y menos de hombres machos”.

Veamos algunos ejemplos de las respuestas que dieron los participantes de porque no les gustaría esas posiciones.

P3. *“Pues la de flexionando la cadera no me gustaría porque eso de que te pongan en Pino Suarez (se agacha y se ríe) y que te pidan que cooperes, como que no...”*

En el ejemplo anterior podemos notar el juego en el uso del lenguaje empleado para hacer referencia a la posición. Cuando el paciente dice “que te pongan en Pino Suárez” hace referencia a ponerse *empinado*, lo cual él asume que es una posición en la que los glúteos y el ano quedan expuestos a una penetración sexual de tipo anal, que rechaza.

Otro ejemplo hace referencia a la vergüenza ya que no la consideran apropiada para la revisión de la Próstata.

P5: *“La de flexionando la cadera me daría vergüenza por la posición y además ahí no se toca la próstata en esa parte”*

Veamos otro ejemplo de un participante respecto del rechazo a esta posición:

P18. *“Pues tendría que ponerme una sábana en la cabeza para que no me viera ni yo verlo, que tal si está sonriendo...”*

Las expresiones de rechazo coinciden precisamente con lo planteado por De Keijzer (1997) respecto a que la construcción hegemónica de la masculinidad y con Figueroa (2015), sobre cómo debe ser un hombre.

5. Creencias sobre el Tacto Rectal como método de valoración clínica por patologías prostáticas.

Consideran que hacer revisiones sin que haya molestias puede ocasionar que al tocar la próstata esa pueda ser la causa que pudiera ser un motivo de inicio de patologías prostáticas. Incluso de la formación de hemorroides.

Algunos opinaron que aunque se realizaran pruebas eso no les podría ayudar en caso de que lo hubieran heredado, entonces prefieren no anticipar malas noticias ni revisiones prostáticas independientemente de la posición que fuera a emplearse.

Otros más comentaron que esas posiciones son totalmente innecesarias si se realizan la prueba de Antígeno Prostático en Sangre.

De acuerdo a los métodos de tamizaje del CaP la realización de la prueba de Antígeno Prostático Específico, si bien es una excelente prueba, no permite conocer la morfología de la próstata, de ahí entonces que la valoración clínica por medio del Tacto Rectal sea tan importante para el diagnóstico de Cáncer de Próstata.

El factor hereditario es de igual manera es un factor relevante en los casos de Cáncer de Próstata (Fajardo y Jaimes, 2016), por lo mismo es realmente necesario en los varones que tiene estos antecedentes la asistencia para detección temprana (Pow y col 2013). Sin embargo, los hallazgos muestran precisamente que estas creencias sobre no querer conocer un diagnóstico positivo se relaciona muy probablemente con la asistencia tardía para la atención de los varones y aumenta precisamente la tasa de mortalidad masculina por esta enfermedad oncológica. Es por lo tanto una necesidad poner mayor atención en conductas de autocuidado en los varones como lo señalan Arenas y col. (2012).

6. Prejuicios sobre el Tacto Rectal como método de valoración clínica por patologías prostáticas.

Es de llamar la atención que el tema de la homosexualidad es muy recurrente y tiene un gran peso en la decisión de estos varones sobre su reticencia a aceptar una valoración clínica prostática mediante Tacto Rectal. Y que a partir de la observación de imágenes y pensar en la probabilidad de que en algún momento de su vida tener que adoptar alguna de las posiciones, llevó a que manifestaran varios comentarios relacionados con sus ideas sobre la reafirmación de la masculinidad y la heterosexualidad de manera que quedará muy bien establecido su preferencia y orientación sexual.

Expresaron algunas opiniones acerca de su preferencia por ser explorados por una doctora en vez de un doctor por desconfianza y prejuicios de carácter homofóbico. Algunos dijeron que: a) dudarían de la heterosexualidad del médico, b) sentirían desconfianza de que la exploración rectal fuera necesaria, c) creerían que los médicos realizan la exploración porque les gustan los hombres y la introducción del dedo en el ano de los hombres, d) sentirían que estarían bajo una situación de "sometimiento ante un hombre", e) se sentirían vulnerables en el consultorio si un hombre les realiza el tacto rectal, f) consideran que este tipo de valoración atenta contra su masculinidad, o g) lo sentirían como una violación.

A pesar de que el tema sobre homosexualidad no fue contemplado dentro de las preguntas de la guía temática, los participantes lo mencionaron como parte de sus prejuicios y rechazo a ser explorados clínicamente mediante Tacto Rectal.

También manifestaron que ante la posibilidad de que el médico que le realizara el Tacto Rectal tuviera una orientación o preferencia de tipo homosexual esto es un prejuicio que no podrían dejar de tener, por lo que "nunca" se harán este tipo de valoración clínica.

Otro prejuicio más fue en relación con pensar que con este tipo de revisión "me puedo hacer homosexual".

Finalmente, dentro de los prejuicios también llegaron a mencionar que las posiciones de Estando de pie y Genupectoral son consideradas como posiciones empleadas para el sexo entre varones.

Estos hallazgos coinciden con lo expuesto por Oblitas (2009), en el sentido de la existencia de prejuicios sobre el Tacto Rectal como método de valoración clínica, asociados con homosexualidad. Lo cual dentro de la cultura mexicana está muy estigmatizado aún y a pesar de que se empezado a considera la Perspectiva de Género dentro de las políticas de atención para la salud, pero no ha sido lo suficientemente dirigida a los varones.

7. Importancia de la información otorgada por el médico para que el paciente elija la posición para el tacto rectal.

Ellos comentaron que creen que la información que el médico otorgue antes de la revisión prostática es muy importante, deben ser clara y comprensible para ellos, es decir, que les expliquen de manera sencilla cómo se haría y el por qué, esto facilitaría su aceptación e incluso de esto puede depender la posición que elijan los varones.

P9: "Si el médico en ese momento te explica por qué te conviene una posición, sea hombre o mujer, dependiendo de lo que te pase en ese momento con profesionalismo, no importaría ni qué posición ni qué profundo tenga que llegar con tal de que el resultado les dé mucha claridad del tipo de diagnóstico final que te tenga que dar."

Consideramos necesario que en la relación médico-paciente es relevante establecer ese vínculo de confianza que para los pacientes son muy importantes para seguir las indicaciones desde la valoración clínica hasta el apego a los tratamientos, por ello como lo marcan Fajardo y Jaimes, 2010, el nivel educativo, la desconfianza, el miedo al cáncer y otros factores más interfieren con la detección temprana del CaP, pero si se logra establecer confianza entre el médico y el paciente, es más probable que los hombres tengan mayor confianza de expresar los malestares relacionados con las patologías prostáticas mencionadas por Vergara y Bautista (2007).

8. Opiniones sobre su negación para ser valorado clínicamente mediante Tacto Rectal ante una posible sospecha de Cáncer de Próstata.

De esta manera, hubo hombres que prefieren ser programados para una cirugía antes que ser explorados para un diagnóstico temprano. Temen menos a una cirugía que a una exploración por TR.

P12: *“Si tuviera que llegar yo pienso que llegaría ya hasta la operación. Como cuando dicen que si lo hubieras hecho a tiempo no hubiera ocurrido nada. Sería la última opción que tomaría yo realmente porque hay muchos tabús”*

Uno de los participantes se refirió a lo inevitable cuando ya se tiene Cáncer de Próstata, el Participante P8, comentó que en caso de tener CaP, ya no tendría resistencia a que le realizaran el Tacto Rectal, pues eso ya sería lo que menos le importaría, ya que seguramente cuando lo tuvieran que preparar para las operaciones, le tendrían que introducir rectalmente el dedo, instrumentos y todo lo que fuera necesario, entonces ya no tendría sentido oponerse, porque ya su voluntad sería lo que menos importaría. La oposición ya sería algo innecesario.

Desde una postura médica, la negación que manifiestan algunos varones a ser valorados para conocer la morfología de la Próstata ante la sospecha de Cáncer lleva a tener que atender en ocasiones a pacientes con estadios avanzados en donde poco se puede hacer ya por la persona, o como reportan Bolaños y Chacón (2017) ha identificar durante la autopsia la presencia de CaP.

Existen una gran variedad de factores que participan, no sólo en la negación al diagnóstico y a la valoración clínica, también participan aspectos como las ideas sobre la salud y la muerte que tienen las personas y la influencia de las opiniones de la familia y de las amistades.

8. Negación y desconfianza ante la posibilidad de una revisión preventiva mediante tacto rectal.

Algunos hombres consideran que la realización del tacto rectal, independientemente de la posición que se utilice, tiene escaso valor para conocer su estado de salud en caso de padecimientos prostáticos.

Incluso hubo quienes suponen que la exploración mediante el TR puede provocarle “la enfermedad” al ser estimulada la próstata. Otros consideran que sólo en caso de emergencia aceptarían el TR. Veamos algunos comentarios:

P15: *“Conozco un Señor que no tenía nada, andaba bien y pues él me platicó que fue a que lo revisaran y de ahí fue que le dio la enfermedad del Cáncer, él dice que seguro fue porque le tocaron la próstata y fue como que despertaron la enfermedad”.*

P 22. *“Pues quién sabe, no sé, ahora sí que ya sería cosa de que el doctor dijera, una emergencia a lo mejor o urgente, que diga ¡jórale!, pero ahorita como le digo, como no siento nada pues no puedo decirle nada de sí sí o no o nada, porque no..”*

Desde una aproximación psicosocial podemos decir precisamente que estos discursos compartidos por el participante P15, nos permiten ver que son múltiples los factores por los que los hombres no acuden a las revisiones prostáticas de manera preventiva, si bien influyen las posiciones para que ellos se imaginan como sería en caso de que ellos fueran a quien se les realizara la valoración clínica, también son muy importantes la transmisión de las experiencias sobre las enfermedades que se van dando entre pares y los comentarios que puedan hacerse respecto a la masculinidad, tal como lo señalan Fajardo y Jaimes, (2010) y Figueroa, (2015).

9. Elección de una posición dependiendo de sus características físicas.

Pocos hombres fueron los que consideraron sus características físicas para elegir una posición para el TR, sin embargo, hubo comentarios tales como:

P 3: *“Por mi peso, yo creo que no me podría subir a la mesa y tendría que ser de pie”, “Con mi panza no podría doblar las piernas”, “Que el doc elija, yo no soy flexible”*

Un participante expresó un poco más al respecto:

P 19: *“Esa porque todo mi peso del cuerpo estaría sobre la mesa y mi cuerpo se podría abrir más ampliamente, claro que si ahí me meten el dedo va a ser hacia arriba al igual que en la posición fetal, pero ya viéndolas bien parece que todas serían correctas para cualquier forma y éstas me decidí porque es hacia arriba y*

puedo bajar una pierna y esté sin tocar ampliamente en donde se encuentre la próstata”.

Quizá esta forma de considerar las posiciones a partir de sus características físicas en el caso de algunos hombres tenga que ver con procesos de resignación ante lo que pudiera ocurrir en un momento dado y desde una perspectiva de género podemos decir que contempla a otros individuos y por lo tanto otras formas de ser masculino.

CONCLUSIONES

Las ideas sobre las posiciones empleadas para el TR confirman, al igual que otros estudios, la presencia de prejuicios relacionados con construcciones tradicionales de la masculinidad y la heteronormatividad. Constituyen en parte el reflejo de una cultura masculina que centra la percepción del contacto con la región anal y la introducción digital con prácticas sexuales homosexuales, sin considerar que la orientación y preferencia sexual involucra múltiples aspectos y no está focalizada únicamente en la sensación que puede experimentarse durante una revisión médica con fines diagnósticos de una patología oncológica.

Suponemos que también participan, en estas creencias de negación y rechazo al Tacto Rectal y a las posiciones que en éste se utilizan, el desconocimiento por parte de los varones sobre la anatomía, la fisiología y la respuesta sexual masculina, lo que es comprensible pues son temas que en la familia por lo regular no se abordan, en la escuela son tratados de manera superficial y sesgada, en el ámbito médico no se comentan con detalle en una consulta habitual, y algunos medios de comunicación y difusión tienden a tratarlos de manera poca objetiva.

Las comparaciones que los participantes hicieron entre las posiciones sexuales y las empleadas para el TR son inevitables, dado que sí son semejantes. Pero destaquemos que hay diferencias en el contexto, los individuos y el propósito. Por ello, es fundamental que el médico explique previamente al paciente el procedimiento para el tacto rectal, su objetivo y su relevancia para el diagnóstico del CaP. Con ello se puede resignificar esta exploración clínica y favorecer su aceptación, lo cual redundaría en ofrecer atención médica oportuna a más varones.

Algo que también puede ayudar a que los hombres tuvieran más confianza en acudir a revisiones urológicas preventivas es el diálogo que se puede establecer con el médico tratante para platicar sobre cuáles pueden ser de acuerdo a la anatomía y características físicas del paciente, la o las posiciones que por una parte permitan al médico realizar la valoración clínica adecuadamente y que generen menos incomodidad para el paciente.

Las comparaciones entre las experiencias de tipo sexual erótico y las sensaciones que pudieran experimentarse en el consultorio médico, demandan la participación de la psicología en este contexto a fin de analizar e intervenir en torno a procesos subjetivos presentes en estos encuentros entre el personal médico y el paciente, tales como la imaginación de lo que puede ocurrir, la predisposición ante las sensaciones, el estrés ante la situación y diversas emociones (miedo, ansiedad, tristeza, resignación, enojo, angustia, vergüenza). Es necesario que la información que los pacientes y la población masculina reciban sobre el método de exploración les brinde a los pacientes la oportunidad de jugar un papel activo en la elección de la posición para que exista mayor aceptación de éstas.

La connotación sexual del tacto rectal y las ideas sobre la heterosexualidad y la homosexualidad influyen en las decisiones de los hombres para asistir o no a revisiones urológicas en casos de patologías prostáticas. Esto ha hecho que los varones se nieguen a participar en campañas de prevención oportuna de cáncer de próstata, aumentando la morbimortalidad masculina por este tipo de cáncer en edades mayores a 50 años.

No es fácil para los hombres hablar sobre el tacto rectal con las demás personas y prefieren discreción para evitar burlas. Incluso, la propia pareja puede tener una opinión negativa sobre el TR o prejuicios y creencias, erróneas desde un punto de vista clínico, sobre las posibles repercusiones de éste en la función sexual.

Si bien en el proceso de envejecimiento el hombre quiere mantener su *potencia sexual* indefinidamente, en ocasiones se deja influenciar por mitos populares, creencias o por temores, propios o de hombres conocidos.

Algunas personas, particularmente las de sexo masculino, sufren una baja autoestima a causa de falta de oportunidades sexuales o por la creencia de su *debilitamiento sexual* debido a que la cultura ha sobrevalorado la actividad sexual, como signo de masculinidad. Por ende, la posibilidad percibida de que el examen de tacto rectal pudiera afectar la vida sexual del hombre es de suma importancia para poder tomar la decisión de realizarse o no la prueba.

El temor, la duda y el rechazo a la homosexualidad son claves en la falta de asistencia a las revisiones prostáticas en una gran cantidad de varones, lo cual es sumamente preocupante, ya que por esta razón hay hombres que no sólo rechazan las pruebas clínicas, sino que prefieren morir antes que ser diagnosticados y tener una atención médica.

Destacan también algunos significados atribuidos a la revisión por TR como son los de una posible violación, ya que éstos son un motivo más de negación a ser explorados por un médico ante cualquier patología urológica que requiera de este método.

Es necesario que se realicen campañas informativas orientadas a la difusión de la importancia de la atención médico-urológica de los varones, las cuales retomen las formas de hablar y de pensar populares, y expliquen con claridad los métodos de diagnóstico, recuperando el sentido científico que dé credibilidad y logre confianza en el TR y la urología para disminuir el rechazo que existe basado en construcciones de la masculinidad tradicional.

Son varias las ventajas del diagnóstico temprano del CaP: 1) desmitificación de la evaluación diagnóstica mediante tacto rectal; 2) atención oportuna en las primeras etapas de la enfermedad; 3) reducción de la mortalidad en varones por este tipo de patología oncológica; 4) reconocimiento de la vulnerabilidad masculina y de las patologías prostáticas que pueden afectar la vida sexual de los varones y sus parejas; 5) ejercicio del derecho a la salud y a recibir atención oportuna por motivo de CaP independientemente de la condición social, raza o etnia, nivel escolar, o preferencia sexual; 6) reducción de costos por la atención y tratamiento de pacientes oncológicos por CaP; y 7) reducción del ausentismo o pérdida laboral por CaP.

El respeto a la dignidad y la autonomía de los hombres que acuden a revisiones es crucial. Asimismo, la confidencialidad de sus datos es parte de la educación médica. Además, la comprensión hacia las reacciones que se presenten durante las exploraciones médicas por TR es una condición de derechos del paciente.

Por último, la perspectiva de género en este estudio permitió analizar cómo la construcción masculina tradicional sigue vigente en la población masculina de diferentes edades. Por su parte, la adopción de un enfoque de género en el sector salud beneficiará a los hombres en el ejercicio de su sexualidad e incidirá en el descenso de la mortalidad masculina por Cáncer de Próstata.

Referencias Bibliográficas

- Aldaco, S.F., Pérez, P.P., Cervantes, S.G., Torrecillas, T.L., Erazo, V.S.A.A., Cabrera, G.P., Motola, K.D., Anaya, P., Rivera, R. S. y Cárdenas C.E. (2018). Mortalidad por cáncer en México: actualización 2015. *Gac Mex Oncol*, (3), 17-28.
- Álvarez, B.M.A., Escudero, R.P.M., y Hernández T.M. (2008). Cáncer de Próstata. *Rev Mex Urol*, 68(4), 250-259.
- Arenas, M. L. De Keijzer B, Bonilla F.P., Treviño, S. y Hernández, T.I. (2012). Género y autocuidado entre profesionales de la Salud en México. *Género y Salud en Cifras*, 10(2-3), 7-16
- Blanco, M.A., Escudero, P.M, y Hernández, N. (2008). Cáncer de próstata. *Rev Mex Urol*, (68), 246-248.
- Bolaños, M.P., Chacón, A., Carolina. (2017). Escala patológica de Gleason para el cáncer de próstata y sus modificaciones. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 237-243. Retrieved December 30, 2020, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100237&lng=en&lng=es.
- Casal E.R., Majdalani M.P. (2003). Recomendaciones divergentes en el diagnóstico precoz del cáncer de próstata. *Medicina* (B. Aires). 63(1):77-81 Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802003000100017&lng=es
- De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. Recuperado:

http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/El%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo_0.pdf

Fajardo, Z.A, Jaimes. M.G. (2016). Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años. *Rev. Fac. Med*, 64(2), 223-228. 9. Ferris, T. J., Garcia, C., Berbel, T., y Ortega, G.J.A. (2011).

Factores de riesgo constitucionales en el cáncer de próstata. *Actas Urológicas Española*, (35), 282-288.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480611000489>

Ferris, T.J., Garcia, C., Berbel, T., García, C.J., Lopez, A.J.A., Sobrino, N.E, Ortega, G.J.A. (2010). Factores de riesgo ambientales no dietéticos en el cáncer de próstata. *Actas Urológicas Españolas*, 35(5), 289-295.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480611000519>

Figueroa, P.J.G. (2015). El ser hombre desde el cuidado de sí: algunas reflexiones. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, (7), 121-138.

Fullá J, Sotelo D, García V, Oyanedel F, Sánchez C, Ramos C, Mercado A, Ebensperguer M, Nicolai H, y Fleck D. (2014). Utilidad del tacto rectal en pacientes con cáncer de próstata y antígeno prostático menor a 4 ng/ml. *Revista Chilena de Urología*, (79), 63-65.

López, Ch.C.J.A., Soto,G. M.C., Candia, P.J., Arriaga, A.Y., Camacho, V.A. y R. García, V.R.A. (2013). Valor clínico del tacto rectal y antígeno prostático específico en la detección oportuna del cáncer de próstata en Hermosillo, Sonora. *Rev Mex Urol*, (73), 299-306.

Moreno, D.M.M. (2015). Panorama actual del tratamiento de las enfermedades prostáticas en la atención primaria de salud. *Rev Cub Ur*, 4(1), 232-236.

Oblitas, R.S. (2009). ¿Por qué los hombres no acuden a hacerse un examen de próstata? *Rev Salud, Sexualidad y Sociedad*, 1(4).

Pow, S.M., y Huamán, M.A. (2013). Retos para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata en el Perú. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica*. (30), 124-128. 1. Rodríguez, L.M.R., Baluja, C.I.B., y Bermudez, V.S. (2007). Patologías benignas de la próstata: prostatitis e hiperplasia benigna. *Rev Biomed*, 18(47), 47-59.

Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2008/ur084l.pdf>

Tirado, G.L.L., Vela, R.V., y Mohar, B.A. (2003). Panorama Epidemiológico del Cáncer en México. *VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, (6), 9-13.

Villeda SCI, Rivera RJA, Romero VG, Lisker CA, Castillejos MRA, y Zavaleta MS. (2016). Encuesta PCUMex: Controversias en el manejo de cáncer de próstata entre urólogos mexicanos. *Rev Mex Urol*, 76(3), 141-147.

Villegas, A.O.A., Villegas G.J y Villegas G.V. (2010). Examen Perineoanorrectal y Tacto rectal. *Archivos de Medicina*, 10(1), 63-71.

Vergara, M.V y Bautista, S.L. (2007). Severidad de sintomatología prostática: encuesta de pacientes entre 40-60 años. *Rev Fac Med* 50(4), 162-164.