



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Prevención y detección del cáncer de próstata: una intervención basada en el
Modelo de Creencias en Salud (HBM) y nudge en funcionarios varones de la Policía
Caminera en Uruguay**

Autor: Claudia Cambeiro

Tutor: Prof. Adj. Dr. Nicolás Brunet

Revisor: Prof. Adj. Dra. Verónica Nin

Montevideo, diciembre de 2024.

RESUMEN

El cáncer de próstata es el más común entre varones en Uruguay, según el resumen estadístico de Cáncer de Próstata de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (CHLCC). Se registran en promedio anualmente, por este tipo de cáncer, 1473 casos nuevos y 570 muertes. Además, debe considerarse que el cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país. Según la OPS (2017), la promoción de programas de tamizaje y la educación sobre los síntomas y factores de riesgo son cruciales para su prevención y control, y es por ello que ha sido objeto de atención creciente en las políticas de salud pública. Dado lo expuesto, y la detección de la baja tasa de controles urológicos realizados en funcionarios varones, mayores de 40 años, pertenecientes a la Dirección Nacional de Policía Caminera del Ministerio del Interior, el presente proyecto se propone, en base al modelo sobre creencias de la salud (Health Belief Model), analizar las percepciones sobre susceptibilidad, gravedad, las barreras, los costos y beneficios, y la motivación, que inciden en el control urológico. A su vez, mediante la implementación de una intervención basada en técnicas de nudge, el proyecto procura aumentar la tasa de realización de dichos controles, que resultaría fundamental para el mejoramiento de la calidad de vida, la prevención y el potencial diagnóstico precoz de la enfermedad. Si bien el sistema de salud uruguayo promueve activamente la educación en la prevención y la identificación de síntomas tempranos, los antecedentes en utilización de diseños comportamentales de prevención son limitados.

Palabras clave: cáncer, próstata, Health Belief Model, nudge, prevención.

ÍNDICE

1. FUNDAMENTACIÓN.....	4
2. ANTECEDENTES	11
3. MARCO CONCEPTUAL	14
3.1. Salud urológica en varones.....	14
3.2. El modelo de creencias en salud	15
3.3. Nudge.....	16
4. PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	19
4.1. Delimitación del problema	19
4.2. Preguntas de investigación	20
5. OBJETIVOS.....	20
6. METODOLOGÍA.....	21
6.1. Estrategia y diseño metodológico	21
6.2. Población/muestra	24
6.3. Análisis de datos.....	24
6.4. Procedimiento	25
7. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN.....	25
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
9. LIMITACIONES	27
10. RESULTADOS ESPERADOS Y PLAN DE DIFUSIÓN.....	28
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
12. ANEXOS.....	34

1. FUNDAMENTACIÓN

El cáncer representa un desafío global significativo, con aproximadamente 19.3 millones de nuevos casos y 10 millones de muertes en 2020 (Sung et al., 2021). A nivel mundial, los tipos más comunes de cáncer en mujeres y hombres incluyen el cáncer de mama, pulmón, colorrectal, próstata y estómago. En Latinoamérica, el cáncer representa un desafío creciente, afectado por cambios demográficos, de estilos de vida y hábitos, que incrementan la prevalencia de factores de riesgo (Barrios y Garau, 2017). En la región, el tipo de cáncer más frecuente en hombres es el cáncer de próstata, reflejando tendencias similares a las globales en las que este tipo de cáncer representa un 7.3% de todos los nuevos casos de cáncer diagnosticados en 2020, con aproximadamente 1.4 millones de casos nuevos a nivel mundial (Sung et al., 2021)

Un informe actualizado el pasado año revela que, en Uruguay, durante el período 2015-2019, se registraron aproximadamente 17.179 casos nuevos de cáncer al año, incluyendo cáncer de piel no melanoma, y alrededor de 8.244 muertes anuales por esta enfermedad (Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2023a). El cáncer de próstata en Uruguay también es el más frecuente de los cánceres en hombres, con una tasa ajustada por edad (T.A.) de 59,36 y un promedio anual de 1473 casos, constituyendo el 20% del total de cánceres masculinos, excluyendo el cáncer de piel no melanoma (Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2023b). Este cáncer figura como la tercera causa de mortalidad por cáncer en hombres después del cáncer de pulmón y colorrectal, con 570 muertes anuales. La incidencia y mortalidad son altas, especialmente en hombres mayores de 70 años (Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2023b). Estas cifras destacan al cáncer de próstata como un problema de salud pública en Uruguay, revelando la necesidad de políticas efectivas para su prevención, detección temprana y tratamiento efectivo en esta población.

Su principal factor de riesgo es la edad, aumentando después de los 40 años, ya que la próstata tiende a incrementar su tamaño a medida que se envejece. En algunos casos, se reconoce la influencia de factores genéticos, especialmente si hay antecedentes familiares cercanos o si la persona es de origen étnico racial afrodescendiente. En etapas avanzadas, el cáncer puede extenderse a otras partes del cuerpo.

Este tipo de cáncer es precisamente el que se origina en la próstata, una glándula del tamaño de una nuez ubicada debajo de la vejiga y delante del recto, que se encarga de producir el líquido prostático del semen, el cual protege los espermatozoides. Las células

afectadas en esta glándula empiezan a multiplicarse y propagarse de manera anormal, alterando su función normal. Siendo sus síntomas más frecuentes los problemas al orinar, incluyendo un flujo urinario lento o debilitado o necesidad de orinar con más frecuencia, especialmente de noche, sangre en la orina o el semen, dificultad para lograr una erección (disfunción eréctil), dolor en las caderas, la espalda (columna vertebral), el tórax (costillas) u otras áreas debido a que el cáncer se haya propagado a los huesos (metástasis), debilidad o adormecimiento de las piernas o los pies, o incluso pérdida del control de la vejiga o los intestinos debido a que el cáncer comprime la médula espinal.

Estudios realizados por el Ministerio de Salud Pública de Uruguay, en el marco de los Objetivos Sanitarios 2030, consideran que la alimentación no saludable, el sobrepeso y la obesidad están asociados en un 25% a la responsabilidad en cáncer de colon, endometrio, próstata y páncreas, entre otros. La inactividad física y el sedentarismo un 5% y el alcoholismo un 4%, por mencionar solo algunos. En comparación, varones y mujeres muestran a su vez, marcadas diferencias en la prevalencia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles; siendo los varones, los que presentan mayor consumo nocivo de alcohol, mayor sedentarismo, mayor número de hipertensos y mayor número de fumadores.

Según informes elaborados por la OPS (2020), en nuestro país se viene dando una transición epidemiológica avanzada, donde las enfermedades no transmisibles (ENT) van tomando relevancia. A su vez, estudios realizados por la Oficina de Investigación en Ciencias Sociales y del Comportamiento (OBSSR, 2016), van a la par de los anteriores, en donde las tasas indican que enfermedades crónicas como el cáncer, las cardiovasculares y la diabetes han venido aumentando. Por ello, resultan relevantes las intervenciones en prevención, para poder actuar a tiempo y lograr disminuir la mortalidad.

Este proyecto se propone investigar e incidir en la toma de decisiones sobre la salud, más precisamente en la salud urológica vinculada al cáncer de próstata, a partir de una articulación entre el Modelo de Creencias en Salud y la Teoría de Nudge, logrando intervenir favorablemente a favor de la prevención de cáncer de próstata.

Para definir esta intervención se tomaron en cuenta antecedentes en diversas problemáticas vinculadas a la salud a lo largo de todo el mundo, pero resulto más relevante para este proyecto el estudio publicado en la Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública, llevado a cabo en Japón (2020). En ese estudio, se buscó mejorar la conciencia sobre salud de los pacientes o público en general y con ello provocar

cambios de comportamiento, con claros objetivos de aumentar la tasa de diagnóstico de CCR mediante la aplicación de una combinación de aprendizaje automático llevado a cabo a través de IA, nudge y bonos de impacto social. Se adoptó un sistema de llamada/recordatorio, dispuesto en dos rondas, enviando material de recomendación, los cuales fueron creados en base a empujoncitos. Para llevarlo a cabo se adoptó el marco EAST desarrollado por el Behavioral Insights Team (BIT) en 2012.

En dicho marco, se proponen cuatro puntos claves para el cambio de comportamiento. El primero refiere a que las propuestas deben resultar fáciles (*Easy*); además, deben ser sencillas de entender y realizar para que las personas no las abandonen; también atractivas (*attractive*), utilizar elementos visuales llamativos e incentivos para captar la atención; sociales (*social*) aprovechar la influencia social; y por último oportunas (*timely*), que significa aplicar estrategias en el momento y contexto adecuados para maximizar su impacto. En resumen, para lograr un cambio de comportamiento es necesario que las propuestas sean fáciles de entender, atractivas, aprovechen el poder de la influencia social y se implementen en el momento oportuno.

La investigación tomada como referencia, menciona que el sistema de llamada /recordatorio, estaba orientado a que quien lo recibiera reconociera la importancia de realizarse el estudio para detección de cáncer colorrectal. En la primera ronda se enviaba material con información sobre la detección y subsidios, en un marco de salud pública y establecía una fecha límite para el estudio. En la segunda ronda exhibía los seis factores de riesgo principales; la relevancia de cada factor, coloreada según el nivel de riesgo, en rojo (alto nivel de riesgo), naranja (nivel medio de riesgo) y verde (bajo nivel de riesgo); la relevancia de la condición del destinatario para cada factor y detalles de cada factor de riesgo. La intervención resultó en un aumento significativo de la tasa de aceptación de exámenes preventivos. El resultado reveló que de 12.162 personas a las que se les recomendó el examen, 3.264 (26,8%) lo realizaron, superando el límite superior esperado del plan inicial (19,0%). A pesar de que no se va a detallar todo el estudio en esta instancia, se puede tomar de sus conclusiones finales la afirmación de que, si bien existen casos exitosos de cambios de comportamiento impulsados por las Tics, hay pocos casos médicos conocidos (Misawa et al.,2020)

Al igual que en el estudio citado anteriormente, la intervención propuesta en este proyecto se llevará a cabo mediante la utilización de Tics, y los nudge seleccionados para el desarrollo de este proyecto serán las técnicas de opción por defecto, dado que proponen

acciones de forma predeterminada, y permiten su modificación si se solicita explícitamente, lo cual resultará de fácil implementación y comprensión. En este caso, los participantes recibirán un día y hora en el correo electrónico (Zimbra), asignado por agenda para una consulta urológica, el cual podrán cancelar o reagendar para una fecha más conveniente. El otro nudge a utilizarse será el incentivo, asociado con la obtención de un día libre pago para la concurrencia a consulta médica. Ambos nudges, estarán pensados en base a la comodidad de los participantes, al no tener que concurrir a un centro de salud, ni realizar ninguna llamada telefónica por posibles agendas médicas urológicas.

Otro de los pilares más importantes de este proyecto, se basará en el Desarrollo y Validación de una escala del modelo de creencias sobre la salud adaptada a la detección del cáncer de próstata (Çapik y Gözüm, 2011). Dicha escala permitirá combinar los constructos básicos del modelo de creencias en salud con un enfoque en la detección del cáncer de próstata. Aunque esta escala no se encuentra validada para Uruguay, la misma demostró ser la más apropiada para la medición en creencias de salud sobre el cribado de cáncer de próstata, en hombres mayores a 40 años, por lo que será traducida, adaptada culturalmente y se realizará una prueba piloto antes de su aplicación en este proyecto. Dicha escala se encuentra disponible en Anexo en Tabla 2. Se utilizará a efectos de medir la susceptibilidad percibida, la gravedad percibida, la motivación de salud, las barreras percibidas y los beneficios percibidos en relación al cáncer de próstata.

El primer modelo de este tipo de escala fue desarrollado en 1966, y aunque no incluía todos los componentes necesarios, sentó las bases para investigaciones futuras. Posteriormente, Prince et al. (1993) desarrollaron una herramienta más completa que integraba componentes esenciales. A esto se sumaron las investigaciones de Tingen et al. (1998) sobre los beneficios percibidos del modelo, de Weinrich et al. (2000) sobre las barreras percibidas, y de Oliver (2007) sobre el nivel de motivación de los participantes. Para su desarrollo, se utilizaron elementos de la escala desarrollada por Champion (1999) para el cáncer de mama y la osteoporosis, y componentes básicos del HBM enfocado en el cáncer de próstata de Connery y Norman (2005) y Ogden (2004). En la Tabla 1 se puede observar el primer formulario sociodemográfico, que se llevó a cabo con datos relevantes sobre edad, educación, estado civil, nivel de ingresos, y se agregaba un ítem donde reflejaba si contaban o no con seguro médico. Teniendo ya este instrumento definido, se puede utilizar en cada cultura realizando la adaptación lingüística necesaria.

Cabe agregar que, en este proyecto, el cuestionario sociodemográfico y la escala HBM, serán enviados junto al consentimiento informado, que se desarrollará a efectos de que los participantes reciban información clara y suficiente sobre la intervención, entiendan la información que se les brinda y puedan tomar una decisión libre de aceptación o rechazo a participar del mismo. Serán enviados a través de los correos electrónicos institucionales Zimbra de cada funcionario participante de Policía Caminera.

Finalmente, y como forma de contextualizar la investigación, resulta importante compartir algunos datos de la institución donde se realizará este proyecto, con la finalidad de comprender aspectos relevantes, sobre todo luego de que se detectara que existe una diferencia notoria en la presentación de constancias por la realización de estudios enfocados en prevención de enfermedades genito mamarias entre hombres y mujeres (PSA, y PAP o mamografía) respectivamente, en la población perteneciente a la Dirección Nacional de Policía Caminera.

Se ha observado según datos relevados que, entre el año 2019 y 2022, el registro más alto en la población de funcionarios varones que presentaron constancias por haberse realizado examen PSA o por la concurrencia a realización del mismo, alcanzó un 1,8% (6 constancias), oscilando entre un 0,59% y un 1,8% anual. En cuanto a las mujeres, el número de constancias presentadas por PAP, Mamografía o concurrencia a realizarse alguno de estos estudios ascendía a un 36,7% anual (33 constancias), oscilando entre un 27,9% y 36,7%, según datos recabados a través del Sistema Sgh 2.0 (Sistema de Gestión Humana) utilizado por el Ministerio del Interior para control de registros de presentismo del personal. Estos registros se tomaron en base a un total de 321 varones (78,8% total del personal de Policía Caminera), de los cuales 131 son mayores de 40 años; y un total de 90 mujeres (21,2% del total del personal de Policía Caminera) (C. Cambeiro, comunicación personal, 12 de octubre de 2023).

A diferencia de los varones, en el caso de las funcionarias mujeres es obligatoria la presentación de dichas constancias para la realización del Control de Salud (Carné de Salud). Cabe preguntarse si esos hombres que no presentan ninguna constancia, se han realizado algún chequeo urológico en alguna oportunidad. Es menester aclarar que los funcionarios públicos cuentan con el amparo de la Ley Nro. 17242, por la cual tendrían el beneficio del día libre pago a efecto de la realización de controles de salud preventivos, lo cual podría estar siendo un fuerte indicador sobre la no realización de los mismos.

Consistentemente con los datos reportados desde la institución policial, la literatura existente marca una notoria diferencia de cuidado entre mujeres y varones, mucho más pronunciados en profesiones asociadas con estereotipos de masculinidad hegemónica como la policía. En base a la evidencia científica que marca un mayor riesgo de muerte prematura en los hombres por factores evitables (World Health Organization), y en consecuencia de la interpretación del ejercicio de su identidad y del mantenimiento de su posición y rol ante la sociedad, y en este caso específico ante la Institución que los atraviesa, es que se pretende analizar causas y factores propios de la toma de decisiones en salud.

Lois M. Verbrugge (1985), en su trabajo sobre diferencias de género en salud en EEUU, señaló que los hombres sufrían más enfermedades que ponían en riesgo sus vidas, lo cual condice con el autocuidado y con la exposición a riesgos. De acuerdo a ello es que las cifras concluyen que los hombres poseen una mayor media a situaciones de discapacidad o muerte prematura, corroborado según los informes semanales de Morbidity and Mortality Weekly Report. Algunas conductas adoptadas son culturalmente tomadas como “masculinas”, como la falta de autocuidado. La masculinidad está estrechamente vinculada a la virilidad, la cual puede verse atacada por estudios médicos invasivos, como el tacto dígito rectal. La masculinidad es un estatus social, que debe ser confirmada por los demás, que se gana, pero que corre el riesgo de perderse. Es por ello que se pretende un cambio de comportamiento en lo que refiere al cuidado de salud, que se vea reflejado desde un reconocimiento del desarrollo de la identidad masculina desde una perspectiva de género, donde el cuidarse pueda situarse en la agenda diaria masculina.

El abordaje de la masculinidad en este proyecto, podría guardar correspondencia con la percepción de barreras que estarían impidiendo el acceso a estudios preventivos sobre cáncer de próstata. Es por ello que dentro del cuestionario HBM se incluirán, entre otras, preguntas sobre la percepción que tienen los hombres de que su masculinidad se vea afectada por la concurrencia a consulta urológica, y la aceptación de los hombres a los estudios preventivos sobre cáncer de próstata.

Para analizar este fenómeno, se aplicará el Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model), el cual postula que la probabilidad de que un individuo realice un comportamiento está determinada por su percepción de susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras asociadas y motivación de salud.

Dentro de los objetivos planteados, se encuentra abordar la brecha en la detección temprana del cáncer de próstata. Asimismo, se busca comprender las percepciones y barreras que influyen a la hora de la concurrencia a consulta urológica preventiva. Para ello se aplicará un cuestionario sobre datos demográficos y otro sobre el modelo HBM, que se detallarán más adelante. Destacando que dicho estudio contribuirá al conocimiento sobre la salud prostática. Se propondrá también implementar una serie de cambios enfocados a la arquitectura en la toma de decisiones, donde lo que se pretende será realizar una intervención en un contexto específico, con el fin de ayudar a las personas a tomar mejores decisiones mediante la forma en que se presentará la información. En este proyecto se pretende brindar esa cercanía a la realización de las consultas urológicas con el menor esfuerzo de parte de los participantes.

A través de la utilización del modelo HBM, se espera que la tasa de consultas urológicas aumente. Los datos del Ministerio de Salud Pública indican que el cáncer de próstata es el tipo de cáncer más común en hombres uruguayos y la tasa de realización de exámenes preventivos de Cáncer de próstata en Uruguay es, a la fecha, relativamente baja, especialmente entre hombres mayores de 40 años. Si bien es contraproducente un aumento excesivo de testeos, se pretende la aproximación del funcionario a la consulta preventiva y, por consiguiente, a la prevención y a la concientización sobre el autocuidado.

Como se ha venido desarrollado, este proyecto pretende abordar parte de la problemática vinculada a las enfermedades no transmisibles en Uruguay, apoyado en el Plan de acción mundial para la prevención y control de enfermedades no transmisibles 2013-2020, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siguiendo su cometido de otorgar prioridad a la prevención y control de este tipo de enfermedades. A su vez, también pretende poder incidir en reducir los factores de riesgo modificables y apoyar y contribuir en la investigación en relación con la prevención.

Este proyecto sigue los lineamientos de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2030, elaborados por el Ministerio de Salud Pública, y más exactamente en las líneas de acción propuestas en la intervención en cáncer, donde el impulso y desarrollo de proyectos de investigación sobre cáncer que permitan desarrollar políticas de salud con especial hincapié en tumores prevenibles y con claros factores de riesgo, se encuentran en sus pilares fundamentales.

A su vez, cabe plantearse la duda de por qué es pertinente la consulta urológica y no se insiste en el PSA, aunque sea una herramienta que se encuentra regulada por la Ley

Nro. 17242. Si bien el Test de Antígeno Prostático Específico (PSA) es considerada una herramienta muy valiosa a la hora de la detección temprana del cáncer de próstata, y de fácil acceso dado que la prescripción la puede realizar un médico de medicina general, no se recomienda desde los diversos ámbitos que trabajan en la salud urológica, tanto nacional, como regional o mundial su utilización dadas sus limitaciones y riesgos. Entre ellos, existe la posibilidad de obtener resultados falsos positivos, lo cual podría poner al paciente en una situación de algún procedimiento invasivo innecesario, como biopsias de próstata, más el daño psicológico causado por la ansiedad que se pueda generar (Fenton et al., 2018). También nos puede llevar al sobrediagnóstico, detectando cánceres indolentes que nunca habrían causado problemas a la vida del paciente, lo cual a su vez puede derivar en sobretratamientos. Es por ello que la consulta a un especialista en urología resulta más relevante, dado que en ese contexto se podrán evaluar detalles que en un PSA quedarían por fuera, y en caso de que la indicación aun así fuese el examen, poder contar con la toma de decisiones compartidas entre médico y paciente.

2. ANTECEDENTES

El cáncer de próstata es una temática que se encuentra sobre la agenda pública dada su gravedad y, específicamente en el contexto de las instituciones policiales, se ha visualizado que existen ciertas tendencias a la concientización sobre la problemática.

A nivel regional, en el ámbito policial se han dado una serie de intervenciones puntuales vinculadas a la prevención del cáncer de próstata. En Perú, según The Global Cancer Observatory (2022), se detectan 8.700 casos anuales de este tipo de cáncer y aproximadamente el 70% en estado avanzado. En 2023, se realizó una campaña de “Despistaje de cáncer de próstata y riesgo en enfermedades lipídicas”, a través del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SaludPol y la Dirección de Investigación Criminal- DIRINCRI, donde el 6 y 7 de julio se llevaron a cabo jornadas en el marco del Día de la Prevención del Cáncer de Próstata, que se celebra cada 11 de junio, donde especialistas atendieron a 200 policías y derechohabientes.

Por otra parte, desde la policía de República Dominicana se ha adoptado un criterio similar con jornadas puntuales preventivas, abocadas al cáncer de mama y próstata. En 2017, la Asociación de Esposas de Oficiales de la Policía Nacional (ASEOPNA) realizó una charla denominada “Cáncer de próstata”, dirigida a cientos de policías, con el fin de aclarar

dudas y participar en una ronda de preguntas. La misma estuvo a cargo del urólogo-cirujano Dr. Alcedo Fernández Estrella.

En 2022, el 6 de julio, más de 100 policías participaron de la jornada de salud del programa “Chequéate”, donde se realizaron chequeos gratuitos para la prevención de cáncer de mama, cervicouterino y cáncer de próstata. De parte de los asistentes, se calificó la actividad como positiva, dado que les permite realizar sus evaluaciones médicas de manera cómoda y asertiva en su lugar de trabajo, los cuales en la mayoría de los casos se les dificulta, sea por el tiempo que deben emplear, o por sus labores.

En junio de 2024, se realizó una jornada de prevención en la Fuerza Aérea de República Dominicana (FARD), dirigida al personal masculino mayor de 40 años. Allí se realizaron charlas de concientización y toma de muestras de la prueba PSA. En esta charla el presidente de Citihope International y fundador de la Alianza Sanar una Nación Timothy Tuccelli, subrayó que el cáncer de próstata es el de mayor incidencia en el país, siendo una de las principales causas de muerte en la población masculina, siendo un 24% de la población masculina mayor a 60 años que da positivo a esta enfermedad.

En cambio, en Argentina se realizó en el Hospital Policial Churruca Visca, un estudio de la incidencia anual sobre cáncer de próstata en la Policía Federal (2007-2012). Allí se implementó un estudio observacional de tipo retrospectivo. Se analizó el número de casos de cáncer de próstata diagnosticados en el periodo mencionado, con confirmación histológica a través de datos obtenidos mediante los archivos de los Servicios de Anatomía Patológica y Urología, donde se concluyó que la tasa de incidencia del cáncer de próstata en la Obra Social de la Policía Federal mostraba un aumento en los últimos dos años, asociado a una disminución en la edad del diagnóstico, y que podría ser causado por un aumento en el screening y la optimización de las técnicas de diagnóstico.

En 2010 surgen en Argentina las campañas informativas de promoción de control urológico, a partir de los 50 años en los lugares de trabajo (Taley., et al. 2015)

En tanto en México, dentro de la Policía Auxiliar, desde el 2017 se llevan a cabo diferentes campañas en salud. En promedio, unas 35 mujeres policías se practican mamografía cada mes, y unos 21 hombres las pruebas de antígeno prostático.

En 2018, se planificó la “Jornada de Servicios Sociales”, en coordinación con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y la Caja de Previsión de la Policía Auxiliar,

donde se realizaron 262 PSA, y 416 entrevistas para la “Ruta de detección oportuna del cáncer”, las cuales brindaron asesoría sobre detección y atención.

El 30 de noviembre de 2023, la Policía Auxiliar de Michoacán, México, en el marco del Día Nacional de la Lucha contra el Cáncer de Próstata, que se conmemora cada 29 de noviembre, llevó a cabo una charla con el fin de concientizar sobre prevención. En ella el jefe del Departamento de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud de Michoacán (SSM), Adolfo Abarca López, enfatizó la necesidad del cuidado en salud masculina, y la importancia de una alimentación saludable, actividad física y revisiones periódicas a partir de los 45 años.

Distinto es el caso de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en Colombia, donde se apunta a lineamientos específicos sobre muestras de antígeno y obligatoriedad de exámenes a partir de los 50 años, dado que estos estudios son parte del Plan Obligatorio de Salud, distando del proyecto que se pretende promover con este trabajo. Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, en el 2013, el cáncer de próstata en el país en los últimos treinta años se triplicó, es decir uno de cada tres hombres mayores de 50 años tiene cáncer.

A su vez, en los últimos años, en las instituciones policiales regionales, incluido nuestro país, se viene realizando, la campaña llamada “Noviembre azul”. Su origen data del año 2003, en Australia, a través de la Movember Foundation, donde a partir de la campaña denominada “Movember”, se comenzó a fomentar la toma de conciencia sobre cáncer de próstata. Esta fundación, se trata de una organización benéfica, que se encarga de la salud masculina a escala mundial, durante todo el año. A través de ella se recaudan fondos para el financiamiento de tratamientos e investigación sobre esta enfermedad. Como símbolo de la lucha contra este y otros tipos de cánceres que afectan a los hombres, optaron por utilizar el bigote, como representante de la masculinidad. Esta campaña resulta más visible durante el mes de noviembre, mes de concientización sobre el Cáncer de Próstata, donde circulan spots audiovisuales publicitarios y folletos informativos sobre la detección precoz y prevención. En diferentes medios de comunicación se comparte evidencia de estudios realizados, información sobre la identificación de síntomas relacionados, recomendaciones, entre otros. Campañas como estas, apuntan a desmentir creencias falsas o ideas equivocadas ampliamente aceptadas por la sociedad, especialmente entre los hombres sobre los métodos de examen prostático.

A nivel nacional, Uruguay ha desarrollado diversas estrategias en el ámbito de la salud. Entre ellas, se encuentra el Programa de Próstata, que viene implementando la Cátedra de Urología del Hospital de Clínicas, cuyo objetivo es la detección temprana y el tratamiento integral de patologías prostáticas. A través de él, se pretende la democratización del acceso a diagnósticos y los mejores tratamientos a corto plazo. Para ello se implementará el Primer Programa de Cirugía Robótica.

A su vez, desde el Ministerio de Salud Pública de Uruguay, se viene trabajando en campañas sobre detección temprana y concientización para mejorar la tasa de diagnóstico precoz y el acceso a tratamientos efectivos. Además, el sistema de salud uruguayo desde ASSE y prestadores privados (CASMU, Centro Médico de Salto, por citar algunos), e inclusive el Fondo Nacional de Recursos, promueven activamente la educación sobre la importancia de los chequeos regulares y la identificación de síntomas tempranos para abordar esta enfermedad de manera efectiva. Sin embargo, y a diferencia de lo que ocurre en otros países, los antecedentes nacionales en la utilización de diseños comportamentales de prevención son particularmente limitados.

Por ello resulta pertinente destacar que este proyecto pone especial interés en la salud masculina, y en cómo las prácticas institucionalizadas pueden o no incidir en la toma de decisiones a la hora de utilizar los servicios sanitarios preventivos.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. Salud urológica en varones

El presente estudio se centra en la salud urológica masculina, un aspecto primordial de la salud integral del hombre. El sistema urológico desempeña un papel crucial en diversas funciones corporales y su correcto funcionamiento es esencial para el bienestar general. Las afecciones urológicas pueden manifestarse de diversas formas y tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Por ello es fundamental abordar esta temática desde una perspectiva integral, considerando tanto los aspectos biológicos como los psicosociales. A través de los controles urológicos se permite la detección y tratamiento de enfermedades del sistema urinario y reproductivo masculino a tiempo. Estos controles urológicos pueden incluir: la revisión de la historia clínica del paciente, la evaluación de síntomas y hábitos, examen físico urológico y genital, análisis de sangre y orina, ecografía renal y vesico prostática, y flujometría libre. Es imprescindible tratar la salud

urológica de manera integral, considerando su impacto en la familia, la comunidad y la sociedad en general.

Estudios recientes del Ministerio de Salud Pública (2023) han evidenciado una estrecha relación entre la salud urológica y los estilos de vida. Factores modificables como el tabaquismo y la obesidad incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades urológicas. Es crucial promover hábitos de vida saludables y derribar estereotipos de masculinidad que obstaculizan la prevención.

3.2. El modelo de creencias en salud

En búsqueda de comprender los factores que influyen en la detección temprana de cáncer de próstata y la participación en consultas urológicas preventivas, sin la necesidad de recurrir en primera instancia al análisis de antígeno prostático específico (PSA), es que se recurre al Modelo de Creencias en Salud (HBM), reconocido por intentar explicar y predecir conductas de salud.

Los modelos sociocognitivos de comportamientos en salud, como el HBM, son utilizados para comprender, e intervenir ayudando a cambiar comportamientos nocivos para la salud. Se basan en el conocimiento individual sobre situaciones específicas, y cómo mediante la autorregulación, los individuos podemos con nuestra toma de decisiones influir en nuestra salud, ya sea mediante cambio de hábitos alimenticios, cese de tabaquismo, alcohol u otras sustancias, actividad física o consultas de control al médico.

Si bien existen varios modelos, solo se hará hincapié en el modelo utilizado para el presente trabajo, que es el HBM (Health Belief Model) mencionado arriba.

Los modelos psicológicos diseñados para trabajar en la mejora de eficacia de los programas de educación para la salud, comenzaron a evolucionar en Estados Unidos hacia la década de 1950. Estudios de la época, ya determinaban que los factores demográficos, socioeconómico, género, etnia y edad se encontraban estrechamente relacionados a las conductas de salud preventiva y al uso de los servicios de salud, pero estos factores no podían ser modificados por la educación para la salud; por lo que se buscó desarrollar un modelo eficaz, donde se pudieran predecir conductas de salud preventiva y de uso de servicios, centrándose en características individuales modificables. Para ello se valieron de las creencias, las cuales influyen en el comportamiento y son modificables, contribuyendo al desarrollo de un modelo, en el que la evaluación positiva o no de ciertas creencias como la probabilidad de experimentar un problema de salud, la gravedad de las consecuencias

de ese problema, los beneficios percibidos y sus costos pueden considerarse fundamentales en la orientación del comportamiento (Abraham y Sheeran, 2014)

Si bien el modelo fue desarrollado por Rosenstock en 1966 (Ogden, 2004), este atribuye la primera investigación sobre este modelo a Hochbaum (1958) aplicado a pruebas de detección de tuberculosis.

Mediante este modelo se busca un cambio conductual, aplicado a la población determinada para la investigación e intervención, donde se valoren las variables que influyen en las intenciones y el comportamiento. La intervención, a su vez, debe ser sometida a evaluaciones que determinen la eficacia o no, dado que si la misma no resulta eficaz será poco probable que produzca los cambios conductuales esperados.

Sustentado en un enfoque sociocognitivo, su premisa sostiene que es probable que las personas adopten un comportamiento optimista relacionado con su salud en la medida que observan la posibilidad contraer una enfermedad (susceptibilidad percibida), evalúen sus creencias sobre la gravedad de una afección y sus consecuencias (gravedad o severidad percibida), creen que el comportamiento o acción preventiva será eficaz para reducir síntomas (beneficios percibidos) y por último, determinen la percepción sobre los aspectos potencialmente negativos de una acción particular en salud (barreras percibidas). Estas cuatro variables están influenciadas por la demografía, la edad y el nivel socioeconómico. Una quinta variable, muchas veces no tomada en cuenta, son las señales para la acción, es decir, la motivación para una vida saludable que ayude al paciente a desarrollar sus propios motivos para el cambio. Además, este modelo propone que la capacidad de influir en los resultados (autoeficacia), sea un componente importante para comprender resultados de comportamiento de salud.

Estos modelos fueron muy utilizados recientemente durante la pandemia por Covid-19, desde el uso de tapabocas al uso de alcohol en gel fueron cambios comportamentales que se tuvieron que dar en pos de la salud pública y a pesar de las resistencias fueron generando hábitos en la población.

3.3. Nudge

La intervención tendrá lugar a través de la teoría del nudge o “empujoncito”, una estrategia utilizada mediante la teoría de la economía del comportamiento, basada en la noción de paternalismo libertario, donde se intenta influir sobre los sujetos mediante pequeños cambios en el contexto de toma de decisiones, garantizando la libertad de

elección sin proporcionar ningún incentivo financiero. Cuando se hace referencia al paternalismo, lo que se pretende es influir en las decisiones de las personas para que puedan tomar la que les resulten más beneficiosas, aunque siempre la decisión va a ser tomada por la propia persona. Los nudges no son órdenes, nos hacen tomar decisiones más beneficiosas sin darnos cuenta. El nudge modifica el comportamiento de las personas, de forma predecible, sin prohibir ninguna opción, ni cambiar significativamente el contexto (Thaler y Sunstein, 2008)

Esta teoría, si bien fue formulada en principio por James Wilk en 1995, ha recibido diferentes aportes metodológicos desde su creación, y es recién en 2008 con el lanzamiento del libro *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*, de la mano del economista Richard Thaler y el abogado Cass Sunstein, que comienza a generar adeptos, inclusive en los sistemas políticos, como el caso de Reino Unido y EE.UU., contribuyendo en aportes mediante intervenciones en salud pública.

Es parte de una disciplina que combina conocimientos de psicología, sociología y economía. En ella se explica cómo los factores psicológicos, sociales y cognitivos influyen en nuestras decisiones. Las personas no siempre tomamos decisiones de manera racional, por lo que la economía del comportamiento incorpora la idea de que todos tenemos sesgos de comportamiento cuando tomamos decisiones, y que algunos de ellos se pueden modificar. Para orientar esas decisiones, para que las personas mejoren sus vidas, es que podemos aplicar el pequeño empujón o nudge. Siempre que no se bloquee ninguna opción y exista libre albedrío en las decisiones, es nudge. Estas decisiones son muy tenidas en cuenta a la hora de la elaboración de políticas públicas, dado que de allí surge la comprensión para la toma de decisiones económicas, y de cómo puede afectar la situación planteada a la asignación de recursos. De allí, surge el motivo de que sea tan relevante trabajar con las temáticas incluidas en las agendas de políticas públicas.

Este enfoque se basa en seis ideas que ayudan a desarrollar diferentes nudges. En primer lugar, los incentivos, que inciden en las personas para su toma de decisiones correctas. Como segundo punto aparecen los mapas mentales, es decir, las personas toman decisiones frente a escenarios adversos o negativos. Un sistema podría consistir en mostrarle a las personas como será su vida a los 75 años. En tercer lugar, el default, que es un sistema en el que no hay que hacer nada para cambiarlo, a no ser que realmente no se esté de acuerdo con la opción elegida, y en ese caso se debería realizar un trámite para cambiarla. Como ejemplo tenemos la donación de órganos en nuestro país. Por defecto,

todos somos donantes, a no ser que no se desee esa opción, y se puede revertir mediante un trámite donde se manifieste la voluntad de no ser donante. Cuarto punto, la retroalimentación, que consiste en darle información a las personas cuando se está haciendo algo beneficioso o no. Quinto punto, expectativa de error: se deben prever los posibles errores que pueden ir aconteciendo. Por último, la estructura de decisiones complejas, es decir, cuántas más opciones se nos presentan, más difícil es elegir, por eso se necesita un sistema que evalúe preferencias. Como ejemplo podemos referirnos a las listas predeterminadas de Spotify.

Thaler y Sunstein introducen el denominado "sesgo de statu quo" o la "opción por defecto", un principio fundamental en la teoría del nudge (Thaler y Sunstein, 2008). Este fenómeno destaca que las opciones que se presentan como preseleccionadas tienen un impacto significativo en las decisiones. Las personas, impulsadas por la inercia y la comodidad, suelen elegir mantener las configuraciones predeterminadas sin cuestionarlas. Este comportamiento se convierte en una interesante herramienta de toma de decisiones, ya que las opciones preseleccionadas por defecto orientan naturalmente la elección hacia ellas. Nuestra preferencia por el estado actual de las cosas, provocan una cierta inercia o resistencia a cambiarlo. El nudge utilizado en este proyecto donde se explica este punto, es la asignación por agenda de un día de consulta al urólogo, con la posibilidad de cancelarlo o cambiarlo mediante la realización de ciertos pasos.

La teoría del empujón produce un impacto significativo en los comportamientos al tomar pequeñas acciones, como una revisión, o el acceso a información mediante el uso de las Tics (Tecnologías de la Información y Comunicación). A diario observamos cómo los cambios de comportamientos impulsados por las Tics invaden las redes (Spotify, Tik Tok, Instagram, etc.), pero en muy pocas ocasiones son dirigidos al área médica, dado que las prácticas médicas enfocadas a diagnósticos y tratamientos deben ser aprobadas por médicos y no autogestionados. Pero en el caso de esta investigación el objetivo va dirigido a la prevención en base a la evidencia empírica, por lo que no es necesaria la intervención médica directa.

4. PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

4.1. Delimitación del problema

La hipótesis más fuerte que este proyecto aborda es la estrecha vinculación de las subjetividades masculinas con el examen digital rectal (DRE), examen que ha sido reemplazado gradualmente por el de antígeno prostático específico de sangre PSA.

La masculinidad y la salud han sido un asunto tabú en las sociedades latinoamericanas según sostiene el informe de Masculinidades y Salud en las Américas publicado por la Organización Panamericana de la Salud en el 2019. Allí se señala que existen grandes diferencias en los patrones de mortalidad y morbilidad por sexo a lo largo del curso de vida, incluida la sobremortalidad de los hombres por causas prevenibles. Varias de las causas se encuentran vinculadas con la expresión del modelo hegemónico de masculinidad culturalmente construido, que define lo que es ser un hombre “de verdad”. Lo que arroja, dentro de sus marcos de institucionalización, códigos de discriminación, reforzando esquemas de autosuficiencia que llevan a evitar que se realicen exámenes de salud por sostener el ideal de fortaleza. Así, se promueven conductas temerarias respecto al control en salud en los varones adultos.

Las características de la masculinidad hegemónica pueden tener un impacto negativo en la vida de los hombres, aumentando su riesgo de sufrir problemas en la salud. Es por ello que cabe preguntarse cuáles son las creencias en salud sobre cáncer de próstata de los funcionarios varones mayores de 40 años de la Policía Caminera, que conducen a una baja tasa de realización de controles urológicos, y de qué forma se podría incrementar la tasa de consulta urológica.

Este hecho presenta un desafío significativo en términos de prevención y detección temprana. Es importante implementar estrategias de concientización y promoción de la salud en este sector particular de la población.

4.2. Preguntas de investigación

Las siguientes son las principales preguntas que orientarán esta investigación:

- ¿Cuáles son las percepciones sobre severidad, susceptibilidad, motivación a la salud, barreras y costos, y beneficios de los funcionarios de policía caminera?
- ¿Qué tipo de información manejan los funcionarios de Policía Caminera de 40 años y más, respecto a esta enfermedad, sus síntomas, tratamientos y consecuencias?
- ¿Qué tipo de intervención orientada a la concientización y prevención podría aumentar la cantidad de controles urológicos anuales de estos funcionarios?

5. OBJETIVOS

El **objetivo general** de esta investigación es el que sigue:

Evaluar las creencias en salud asociadas al cáncer de próstata de los funcionarios varones de 40 años y más de la Policía Caminera, e implementar una intervención basada en nudge que permita aumentar la tasa de consulta urológica anual de la institución.

A la vez los **objetivos específicos** son:

- a) Evaluar las percepciones sobre cáncer de próstata (severidad, susceptibilidad, motivación a la salud, barreras y costos, y beneficios y efectividad) en base al modelo HBM;
- b) Implementar y evaluar una intervención de prevención de cáncer de próstata basada en nudge de opción por defecto, para facilitar el acceso a la consulta urológica;
- c) Identificar cambios en las creencias de salud asociadas a cáncer de próstata de los funcionarios, antes y después de la realización de la intervención;
- d) Generar evidencia empírica y transferir insumos de política pública en salud urológica para otros funcionarios varones en la órbita del Ministerio del

Interior, y/u otras dependencias de la administración central interesadas en la temática.

6. METODOLOGÍA

6.1. Estrategia y diseño metodológico

Para evaluar el impacto de la intervención, se empleará un diseño experimental pre-post. Además, los datos recogidos permitirán construir nuevas hipótesis y realizar estudios posteriores. A través de este diseño, se manipularán intencionalmente las variables independientes y se analizarán los efectos en las variables dependientes. En concreto, se medirán las creencias en salud urológica asociadas a cáncer de próstata y se determinará la tasa de variación anual de la consulta urológica de la institución, antes y después de aplicar la intervención de nudge basada en la opción por defecto. Los datos obtenidos en la medición inicial servirán como línea de base para comparar los cambios observados posteriormente.

A fin de medir los constructos del Modelo de Creencias en Salud (HBM), se aplicará un cuestionario que explore las percepciones individuales de susceptibilidad, gravedad, beneficios, barreras y autoeficacia sobre el cáncer de próstata. Las preguntas relacionadas con la severidad percibida indagarán la percepción de consecuencias graves de la enfermedad. En cuanto a la eficacia percibida, se evaluará la capacidad de adoptar comportamientos preventivos. Mientras que las barreras percibidas se investigarán a través de preguntas que describan posibles obstáculos o preocupaciones que impidan la realización de consultas preventivas, incluyendo temas vinculados a la masculinidad y los controles dígito rectales. Con la aplicación de este cuestionario, se pretenderá obtener información que permita evaluar en qué medida los participantes perciben el riesgo de padecer cáncer de próstata, la gravedad que atribuyen a la enfermedad, los beneficios de concurrir a una consulta urológica y las barreras percibidas.

La versión final de la escala del modelo de creencias en salud para el cribado de cáncer de próstata (HBM-PCS) tomada como base para su adaptación al estudio, está compuesta por 41 ítems y cinco subescalas (Susceptibilidad, Seriedad, Motivación, Barreras y Beneficios) y se encuentra disponible en Anexo, Tabla 2.

Para este proyecto si bien se utilizará la misma base, se realizarán las modificaciones pertinentes de acuerdo al contexto cultural donde se va a aplicar. Esta

adaptación implicará un proceso que incluirá traducciones, revisiones por expertos, que verifiquen que la traducción sea clara y comprensible. Se realizará una prueba piloto, donde se aplicará la escala a una muestra de 10 participantes, con el propósito de identificar posibles problemas y realizar los ajustes necesarios.

Se utilizará un formato de escala Likert de cinco puntos para medir cada afirmación. Las puntuaciones altas obtenidas en las subescalas de susceptibilidad, gravedad, motivación y beneficios se asocian a una situación positiva. Mientras que las puntuaciones altas obtenidas de la subescala de barreras se asociarán con una situación negativa, debido al alto nivel de barreras percibidas para participar en el cribado.

Con el objetivo de recopilar datos estadísticos, se aplicará un cuestionario sociodemográfico adicional, en el cual se dejarán fuera datos incluidos en el modelo original, sobre si se cuenta o no con seguro social, dado que el 100% de los participantes cuentan con cobertura médica perteneciente a Sanidad Policial, dicho cuestionario original se puede observar en el Anexo, Tabla 1.

Ambos cuestionarios serán autoadministrados, y se basan en el modelo obtenido del estudio realizado por Çapik en Turquía en 2010.

Con este diseño, se busca fortalecer la validez interna del estudio y obtener resultados más precisos. Para ello, se conformarán dos grupos con la misma cantidad de participantes: un grupo experimental y un grupo de control. Ambos grupos compartirán características sociodemográficas similares. Como punto de partida, se enviarán a todos los participantes, mediante el correo electrónico institucional (Zimbra), el consentimiento informado, el formulario socio demográfico y el formulario HBM adaptado.

A su vez, el grupo de intervención recibirá durante la semana siguiente a la aplicación de los formularios, mensajes con información detallada sobre cáncer de próstata. El grupo de comparación, por su parte, no recibirá esta información y servirá como punto de referencia. Todos los participantes, a la semana de haber completado los formularios, recibirán en su correo electrónico un calendario, emitido por Sanidad Policial, con una fecha pre agendada para la realización de una consulta urológica (opción por defecto), la cual tendrán la opción de cancelar o reagendar a conveniencia.

Posteriormente, a partir de la aplicación de ambos cuestionarios a los dos grupos (lo que se conoce como "línea de base"), se buscará influir en el comportamiento de los participantes que integran el grupo experimental, sin restringir su libertad. Para ello, los individuos de dicho grupo recibirán en sus correos, utilizando una técnica nudge,

notificaciones con carácter promocional sobre el cáncer de próstata, hasta que les llegue un calendario con una posible fecha de consulta urológica por el mismo medio. Allí se detendrán los mensajes informativos. El objetivo es influir suavemente en su comportamiento, sin coartar su libertad, y promover la detección temprana de esta enfermedad.

Para el desarrollo de la intervención se utilizará el correo electrónico Zimbra, perteneciente al Ministerio del Interior, dado que el mismo es un medio de comunicación práctico para el fin de esta intervención. A su vez, es un medio válido en la Institución dadas las disposiciones Ministeriales vigentes, que determinan que dichos correos deben ser revisados regularmente, lo que brinda la garantía de que esos mensajes lleguen a sus destinatarios. Se utilizarán estrategias de comunicación que destaquen la importancia de la detección temprana del cáncer de próstata y ofrezcan información relevante sobre el procedimiento y sus beneficios. Estas notificaciones buscarán influir en la toma de decisiones a través de la concientización y la promoción de la salud, ofreciendo a los participantes la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su salud prostática. Esta estrategia se fundamenta en la teoría del nudge, donde pequeños estímulos pueden tener un impacto significativo en el comportamiento, y se espera que las notificaciones promocionales produzcan un aumento en las tasas de participación al eliminar barreras percibidas y proporcionar información relevante de manera atractiva. El grupo control no recibirá esta información.

Tanto el grupo experimental como el grupo control recibirán en sus correos electrónicos los formularios demográficos, HBM, acompañados por el consentimiento informado. Una vez completados y enviados los formularios, al cabo de una semana se desplegará un calendario con una posible fecha de consulta urológica establecida por Sanidad Policial, con información sobre los horarios y lugares de atención, con el fin de realizarse en el tiempo estipulado.

Aquí se pasa a una intervención basada en el sesgo de statu quo (u opción por defecto). Es decir, es la opción que estará disponible sin la necesidad de que se realice ninguna acción, y no requerirá ningún esfuerzo por parte del usuario. El participante podrá tener la opción de cancelar o reagendar la consulta en un Centro Auxiliar Sanitario (CAS) próximo a su domicilio (en el caso de que se encuentre en el interior del país), o en el Hospital Policial, para los que se encuentren en Montevideo y Área Metropolitana. Esta ventana de atención urológica se pretenderá que sea de tres meses.

Todos los funcionarios policiales cuentan con el derecho a un día libre para realizarse exámenes médicos preventivos como los de próstata o genito-mamarios. Este beneficio está establecido por ley (Ley 17242) y será informado a los participantes que lo desconozcan con anticipación.

En caso de aceptar la consulta urológica y luego de su concurrencia, se deberá presentar un comprobante de asistencia al Departamento del Área de Gestión y Desarrollo Humano de la dependencia, lo cual permitirá el relevamiento de datos a posterior de la intervención

Una vez finalizado el periodo de consultas, a los seis meses de enviado el primer formulario, se volverá a realizar la misma encuesta a todos los participantes para evaluar si el programa tuvo algún impacto en su comportamiento de salud. Esto permitirá comparar los resultados obtenidos al inicio del estudio con los obtenidos al final. Es decir, se va a aplicar el mismo formulario HBM en los mismos sujetos en dos oportunidades con seis meses de diferencia, y se compararán los resultados entre el grupo control y grupo experimental.

6.2. Población/muestra

La población objetivo de este estudio está constituida por los hombres mayores de 40 años, pertenecientes a la Dirección Nacional de Policía Caminera del Ministerio del Interior. Se estima un número de 130 personas aproximadamente. Los mismos se encontrarán distribuidos a nivel nacional.

6.3. Análisis de datos

En primer lugar, se enviará a los participantes el consentimiento informado, a efectos de autorizar la participación en la investigación. Luego se aplicará un cuestionario sociodemográfico, que explore datos sobre: edad, educación, estado civil y nivel de ingresos, adaptado a la Tabla 1.

En tercer lugar, se utilizará un cuestionario del Modelo HBM adaptado, que aporta elementos de la escala desarrollada por Champion (1999), y adaptada por Connery y Norman (2005), y Ogden (2004). Este cuestionario se aplicará dos veces la primera al inicio de la investigación, la segunda luego de la intervención, a los seis meses de enviado por primera vez. El modelo HBM a utilizarse será el adaptado a la Tabla 2.

Para determinar si la intervención tuvo un impacto en las creencias de los participantes, se empleará un análisis de varianza (ANOVA). Este análisis estadístico

permitirá comparar los puntajes obtenidos en el cuestionario antes y después de la intervención. Todos los análisis de datos se llevarán a cabo utilizando el software estadístico SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales).

6.4. Procedimiento

En relación al procedimiento metodológico a seguir, se establecen los siguientes puntos:

- contextualización del problema a investigar en la Institución seleccionada, que permitirá adecuar la fase cuantitativa;
- exploración bibliográfica y recopilación de datos en la Base de Datos Institucional (cantidad de constancias por PSA realizados, entregadas al Departamento del Área de Gestión y Desarrollo Humano e ingresadas al Sistema SGH 2.0, relevamiento sobre cantidad de funcionarios masculinos mayores de 40 años y zona de residencia);
- administrar el consentimiento informado;
- aplicar el Modelo HBM ajustado en base al primer punto; prueba piloto;
- aplicación del formulario para establecer la línea de base;
- desarrollo de la intervención, que en cuanto a su instrumentación consiste en lo que sigue: al momento de aplicar el cuestionario, se desplegará un mensaje con una fecha posible para una consulta urológica (“Opción por defecto”), donde exista la posibilidad de cancelar la misma o volver a agendar para otra fecha, dentro de los plazos estipulados para esta investigación (tres meses). Luego de finalizado el periodo de consultas urológicas (3 meses de agenda abierta), se procederá al procesamiento de los datos obtenidos y verificación en cuanto al número de consultas urológicas realizadas;
- a los seis meses de enviado el primer formulario se realizará una segunda medición en base al modelo HBM;
- procesamiento de los datos obtenidos.

7. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

El cronograma se plantea con una extensión de 12 meses, durante el año 2025. El mes 1 corresponde, en principio, a febrero del 2025. El mismo puede tener modificaciones

según las autorizaciones que se requieran para desarrollar la investigación, así como el avance del trabajo de campo.

Actividades/Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Gestión de autorización para la investigación en la institución y ajuste de cronograma												
Exploración bibliográfica y recogida de datos en la base de datos institucional												
Preparación del trabajo de campo. Diseño de instrumentos: cuestionario sociodemográfico y ajuste de la escala HBM próstata												
Pre test del cuestionario principal y ajuste del instrumento												
Trabajo de campo: aplicación de ambos cuestionarios (línea de base)												
Sistematización de la información (procesamiento y análisis de datos 1)												
Período de consultas urológicas												

Nueva aplicación del cuestionario													
Procesamiento y análisis de datos 2													
Estimación de la tasa de variación anual de la consulta urológica de la institución (fuente: Policía Caminera)													
Elaboración del Informe Final													
Presentación de resultados													

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es de suma importancia aclarar que esta investigación e intervención se realizará bajo las normas Éticas de la institución.

- Los formularios serán puestos bajo la evaluación, revisión y aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Psicología, y del Comité de Ética de Sanidad Policial.
- Será tenida en cuenta la participación voluntaria, contemplando en todo momento los derechos de los participantes, y en su defecto su deseo de abandonar la investigación.
- En todo momento, los participantes tendrán acceso a la información necesaria que pueda influir en su decisión de ser parte del proyecto.
- Serán tenidos en cuenta durante todo el proceso, los principios éticos de no maleficencia (no causar ningún mal, ni padecimiento somático, psicológico, ni social a los participantes), y de confidencialidad, solo el investigador podrá conocer la identidad de los participantes y de los resultados de sus cuestionarios.

9. LIMITACIONES

Las limitaciones pueden verse relacionadas en primer lugar con las coordinaciones a realizarse y las esperas a nivel burocrático, a fin de conseguir los permisos necesarios

para la puesta a punto, dado que se tratará de una intervención que involucra diferentes instituciones como la Policía Nacional y Sanidad Policial, donde se deben seguir una serie de protocolos de actuación que podrían llevar a una prolongación en los tiempos de ejecución.

En segundo lugar, podría existir la dificultad a la hora de realizar las coordinaciones para las consultas urológicas en los CAS departamentales, pertenecientes a Sanidad Policial, dado que exigiría una sobrecarga a los especialistas actuantes en el Área Metropolitana (Montevideo y Canelones), donde su labor se vería incrementada en unas 70 consultas más, aproximadamente en un lapso de tres meses. Mientras que para el resto del país la suma ascendería a alrededor de 50 consultas, a dividirse en el resto de los departamentos, en el mismo lapso de tiempo.

10. RESULTADOS ESPERADOS Y PLAN DE DIFUSIÓN

Se espera que la intervención permita conocer las barreras del por qué es tan baja la tasa de funcionarios que se realizan controles preventivos sobre cáncer de próstata anuales; que aumenten dichas tasas y que el presente trabajo sirva como evidencia empírica para futuras intervenciones en promoción de salud urológica dentro o fuera del ámbito del Ministerio del Interior.

Se deja abierta la idea de no solo poder llevar a cabo este proyecto, sino de a futuro poder realizar un nuevo relevamiento de datos a modo de evaluar la efectividad de la intervención, y en caso de concluir con un resultado positivo evaluar si el comportamiento se sostiene, realizando las modificaciones necesarias.

A su vez, si el estudio resulta favorable, sería posible una revisión y adaptación para la intervención en otros comportamientos que resultan desfavorables para la salud masculina en el contexto policial, como la mala alimentación, el sedentarismo, suicidio, etc.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, C., y Sheeran, P. (2014). *The health belief model*. Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine, Second Edition, (june 2015), 97-102. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543579.022>
- Almeida, E. S., Souzas, R., y Dos-Santos, E. M. (2020). "Afectados por el tacto": sentidos atribuidos por hombres a las prácticas de prevención del cáncer de próstata. *Salud Colectiva*, 16. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2176>
- American Cancer Society. *Facts & Figures 2023*. American Cancer Society. Atlanta, Ga. 2023. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-prostata/acerca/estadisticas-clave.html#:~:text=Aproximadamente%20uno%20de%20cada%20ocho,hombres%20de%20la%20raza%20negra>.
- Barrios, E., y Garau, M. (2017). Cáncer: magnitud del problema en el mundo y en Uruguay, aspectos epidemiológicos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 4(1), 7-161. <https://doi.org/10.25184/anfamed2017.4.1.2>
- Çapik, C. and Gözümlü, S. (2011) Development and Validation of Health Beliefs Model Scale for Prostate Cancer Screenings (HBM-PCS): Evidence from Exploratory and Confirmatory Factor Analyses. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 478-485. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2010.12.003>
- Casmu. Premio Ciencia y Salud (2023). <https://casmu.com.uy/premio-ciencia-y-salud/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (s. f.). Cáncer de próstata. https://www.cdc.gov/spanish/cancer/prostate/basic_info/index.htm
- Centro de Escritura Javeriano. (2020) *Normas APA, séptima edición*. Pontificia Universidad Javeriana, seccional Cali. <https://www2.javerianacali.edu.co/centro-escritura/recursos/manual-de-normas-apa-edicion#gsc.tab=0%C2%AO>
- Centro médico. (2021). *Noviembre Azul para prevenir y concientizar sobre la salud masculina*. <https://www.centromedico.com.uy/noviembre-azul-para-prevenir-y-concientizar-sobre-la-salud-masculina/>
- Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (2023a). *Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer: compromiso de gestión*. Registro Nacional de

Cáncer. <https://www.comisioncancer.org.uy/categoria/Registro-Nacional-de-Cancer-14>

Conner, M.; Paul Norman (1998). Editorial: Social cognition models in health psychology, *Psychology & Health*, 13:2, 179-185. <https://doi.org/10.1080/08870449808406745>

Facultad de Psicología, UdelaR (2024). *Laboratorio de nudge e intervenciones en salud*. <https://ceis.psico.edu.uy/laboratorio-de-nudge-e-intervenciones-en-salud>

Fenton J.J., Weeyrich M.S., Durbin S., Liu Y., Bang H., y Melinkow J. (2018). Prostate-Specific Antigen- Based Screening for Prostate Cancer: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 319(18), 1914-1931. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.3712>

Fondo Nacional de Recursos. (2024) Noviembre Azul.

https://www.fnr.gub.uy/noticia_slide/noviembre-azul/

Fuerza Aérea de República Dominicana. (2024) FARD realiza jornada de prevención de cáncer de próstata.

<https://fard.mil.do/fard-realiza-jornada-de-prevencion-contra-el-cancer-de-prostata/>

Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6° ed.). McGraw Hill Interamericana.

Hospital de Clínicas. (2023) Programa de Próstata. Recuperado de

<https://www.programadeprostata.hc.edu.uy>

Ley N°17242, Ley de prevención de cánceres genito mamarios. Licencia para realización de Papanicolau y/o Radiografía Mamaria (19 de diciembre de 2006)

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17242-2000?verreferencias=norma>

Marcos- Marcos J., Mateos JT., Gasch- Galén A, y Álvarez – Dardet C. (2020). El estudio de la salud de los hombres desde una perspectiva de género: de dónde venimos, hacia dónde vamos. *Salud Colectiva* <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2246>

Ministerio de Salud de Colombia. (2013) Uno de cada tres hombres mayores de 50 años tiene cáncer de próstata. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Uno-de-cada-tres-hombres-mayores-de-50-a%C3%B1os-tiene-cancer-prostata.aspx>

Ministerio de Salud Pública. (s. f.). Noviembre azul: mes de concientización sobre cáncer de próstata. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/noviembre-azul-mes-concientizacion-sobre-cancer-prostata>

Ministerio de Salud Pública. (2023) Morbimortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Morbimortalidad%20y%20discapacidad%20por%20ENT%20y%20sus%20factores%20de%20riesgo.pdf>

Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2023) Objetivos Sanitarios Nacionales 2030. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/objetivos-sanitarios-nacionales-2030>

Misawa, D., Fukuyoshi, J., y Sengoku, S. (2020). Cancer prevention Using Machine Learning, Nudge Theory and Social Impact Bond. *International journal of environmental research and public health*, 17 (3), 790. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030790>

Movember Foundation (2003) <https://ex.movember.com/es/about/prostate-cancer>

OBSSR. (2024). *Office of Behavioral and Social Sciences Research*. National Institutes of Health (NIH) <https://obssr.od.nih.gov>

Organización Panamericana de la Salud (2019). *Masculinidades y salud en la Región de las Américas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51764>

Pardo, A., y Ruiz, M. A. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. McGraw-Hill. Plataforma del Estado Peruano. (2023) Saludpol y Dirincri realizan campaña gratuita para prevenir cáncer de próstata.

<https://www.gob.pe/institucion/saludpol/noticias/795277-saludpol-y-dirincri-realizan-campana-gratuita-para-prevenir-cancer-de-prostata>

Policía Auxiliar de la Secretaria de Seguridad Ciudadana (2019). Ruta de detección oportuna de cáncer.

<https://www.contrareplica.mx/nota-ruta-de-deteccion-oportuna-de-cancer20194232>

Policía Auxiliar de Michoacán (2023). Concientizan a trabajadores de la policía auxiliar sobre el cáncer de próstata.

<https://policiaauxiliar.michoacan.gob.mx/noticias/concientizan-a-trabajadores-de-la-policia-auxiliar-sobre-el-cancer-de-prostata/>

Policía Nacional de Colombia (2024). Prevención de cáncer de próstata. <https://www.policia.gov.co/sites/default/files/publicaciones-institucionales/prevencion-cancer-prostata.pdf>

Policía Nacional de Colombia (2024). Disan. <https://www.policia.gov.co/disan>

Policía Nacional de la República Dominicana. (2017) Policía Nacional promueve prevención del cáncer de próstata entre sus agentes. <https://www.policianacional.gob.do/policia-nacional-promueve-prevencion-del-cancer-de-prostata-entre-sus-agentes/>

Policía Nacional de la República Dominicana (2022). Personal policial es beneficiado con jornada médica preventiva contra el cáncer de mama y próstata <https://www.policianacional.gob.do/personal-policial-es-beneficiado-con-jornada-medica-preventiva-contr-el-cancer-de-mama-y-prostata/>

Reyes Vasconcelos, L., Diaz Campos, N., y Vázquez Llanos, A. (2020). La construcción social de la masculinidad en la prevención de cáncer de próstata desde la Atención Primaria de Salud. *Humanidades Médicas*, 20(1), 189-205. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202020000100189&lng=es&ting=es.

Rivero, A., y Berrios, R. (2016). El cáncer de próstata y la construcción social de la masculinidad en Puerto Rico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1), 164-190. <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia>

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L. et al. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Taley, S., Goñi, G., Soria, M., Nevado, G., Perretta, V., Ferraris, F., Kore, C., y Longo, E., (2015). Cáncer de próstata: Incidencia anual en la Policía Federal Argentina. *Revista Argentina de Urología*, 80(2), 77-81.

Tetaz, M. (2014). *Psychonomics: la economía está en tu mente*. Editorial B.

Thaler, R. H., y Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*. Yale University Press ISBN 978-0-14-311526-7. OCLC 791403664

The Decision Lab. <https://thedecisionlab.com/languages/es-es/reference-guide/management/east-framework>

Verbrugge, L.M. (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health & Social Behavior*, 26(3), 156-182.

12. ANEXOS

Tabla 1

Demographic Characteristics of the Respondents (n).			
N	%	Age ()	
Education			
Primary education and lower		High school	and upper
Marital status			
Not married			
Income			
Low		Moderate	High
Health Insurance			
No		Yes	

Tabla 2

Subscales, n of items, minimum and maximum scores of HBM-PCS.			
Items a	Subscale n of Items	Min. Point	Max. Point
20 Items 10e19	Motivation	10	50
15 Items 20e34	Barriers	15	75
35 Items 35e41	Benefits	7	35
4 Items 4e5	Susceptibility	5	25
4 Items 4e5	Seriousness	4	20
Susceptibility.			
1- I have a high probability of having prostate cancer.			
2- I have a high probability of having prostate cancer in the next few years.			
3- I have a feeling that I will have prostate cancer at some time in my life.			
4- I fear that I may die because of prostate cancer.			
5- I have a high probability of having prostate cancer when compared to other men of my age.			
Seriousness			
6- It frightens me to think of prostate cancer.			
7- I will experience several problems for a long time if I have prostate cancer.			
8- Prostate cancer will have a negative effect on my relationship with my wife or partner.			
9- My whole life will change in a negative way if I have prostate cancer.			
Motivation			
10- I follow new information and developments in order to improve my health.			
11- I believe that it is important to perform activities to improve my health.			
12- I keep a balanced diet.			
13- I do sports at least 3 times a week.			
14- I have my medical check-ups regularly even if I am not sick.			
15- It is easy for me to plan participating in prostate cancer screenings (rectal examination and blood test performed by taking blood sample, PSA measurement).			
16- Participating in prostate cancer screenings will contribute to my health.			
17- I want to have blood test [PSA] for prostate cancer in the next 6 months.			
18- I want to have prostate examination in the next 6 months.			
19- If I have prostate cancer; I want to know it as soon as possible.			
Barriers			
20- I fear prostate cancer screenings because I do not know how it is performed.			
21- I do not know where and how to go for prostate cancer screenings.			
22- It takes a lot of time to participate in prostate cancer screenings.			
23- I forget to participate in prostate cancer screenings.			
24- I have more important problems than participating in prostate cancer screenings.			
25- I do not know whether the health insurance covers prostate cancer screenings.			
26- I do not know which specialist to see for prostate cancer screenings.			
27- I fear participating in prostate cancer screenings because I feel that something is wrong.			
28- If I am diagnosed with prostate cancer after prostate cancer screenings; there will be nothing to do for its treatment.			
29- I do not need to participate in prostate cancer screenings, since I am not experiencing any problems.			
30- I fear that the results of prostate cancer screening will be bad.			
31- Prostate examination is very unsettling.			
32- Prostate examination is very painful.			
33- Doctors who perform the prostate examination treat patients impolite.			
34- Sexual ability declines after prostate cancer treatment. Benefits			
35- I will be doing something good for myself if I participate in prostate cancer screenings.			
36- If I participate in prostate cancer screenings and if I do not receive any diagnosis, I won't have to worry about prostate cancer.			
37- Participating in prostate cancer screenings will help an early diagnosis of cancer.			
38- If prostate cancer is diagnosed early and if it is treated successfully, I will have a chance to live a long life.			
39- If prostate cancer screenings do not reveal any negative results; I will know that I am healthy.			
40- If prostate cancer is diagnosed early; the growth of cancer may be prevented by treatment.			
41- If I participate in prostate cancer screenings; I will know the truth about my health condition			