

Creencias asociadas a la hiperplasia prostática benigna

Stefano Vinaccia, Hamilton Fernández, Fanny Sierra, Mery Monsalve y Erika Janeth Cano
Universidad de San Buenaventura, Medellín (Colombia)

Sergio Tobón
Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia)

Recibido: 21/08/04 Aceptado: 18/01/05

Resumen

El objeto de la siguiente investigación fue desarrollar una revisión sobre el papel de las creencias asociadas a la hiperplasia prostática benigna. Se evalúan aspectos cognitivos comportamentales actitudinales que se relacionan con creencias irracionales con respecto a esta enfermedad, cuya prevalencia epidemiológica es cada vez más fuerte en la población masculina colombiana.

Palabras claves: creencia, actitudes, hiperplasia prostática benigna.

Abstract

The purpose of the research is to conduct a review on the rol of the beliefs associated to benign prostatic hyperplasia. Cognitive, behavioral and attitudinal aspects are evaluated related to irrational beliefs with relation to this illness whose prevalence is in the rise in male colombian population.

Key words: beliefs, attitudes, benign prostatic hyperplasia

La hiperplasia benigna prostática (HBP) afecta la próstata del hombre, glándula que forma parte del sistema reproductor masculino y si encuentra ubicada en la parte anterior del recto justo bajo la vejiga, y cuya función principal está relacionada con la agregación de líquido a la uretra a medida que los espermatozoides se desplazan durante el orgasmo sexual; de modo que el líquido ayuda a transportar y a nutrir los espermatozoides. Mientras los hombres envejecen la glándula prostática crece lentamente. Al crecer, la glándula prostática puede causar presión en la uretra y llevar a que el flujo de orina sea más lento y débil. La palabra benigna se refiere al crecimiento del órgano porque no tiene su origen en el cáncer o en infección; sin embargo es posible que un hombre padezca HBP y cáncer a la vez (Hamand, 1997).

Históricamente el término «próstata», según Uribe (1999), se le atribuye a Herófilo de Alejandría, 300 años A.C., para referirse a las estructuras que se encuentran antes de llegar a la vejiga. Posteriormente en el Siglo XVI, Vesalius hizo una correcta descripción de la próstata. De igual modo, Jean Riolan, De Graaf y Bartholin contribuyeron para que la teoría de la «carnosidad» de la uretra, como causa de obstrucción en los hombres mayores, por fin fuera reconocida a partir del siglo XVI; pero luego, en el siglo XVII, época de oscurantismo para la humanidad, también lo fue para la próstata, pues ésta se consideró propia sólo de pacientes con una vida desordenada y con enfermedades venéreas.

El estudio moderno de la próstata, expuesto por Uribe (1999), está basado en las investigaciones de John Hunter, quien en 1788 descubrió la influencia lesticular en su crecimiento y la capacidad de producir obstrucción al flujo urinario.

La hiperplasia benigna prostática, según Hamand (1997), ocurre casi universalmente en los hombres maduros y ancianos, al parecer como parte del proceso de envejecimiento, aunque no siempre origina problemas. Sus causas no se comprenden del todo en la actualidad, pero la enfermedad sin duda está relacionada de al-

guna forma con el equilibrio o el metabolismo hormonal.

El aumento relativo de los estrógenos sobre la testosterona ocasiona un desequilibrio que estimula la producción de factores de crecimiento celular, originando un aumento en el tamaño de la glándula que puede ser variable dependiendo de otros factores.

En la década de los años 20 del siglo XX, es decir, hace apenas unos 80 años, se creía todavía que las enfermedades relacionadas con la próstata se derivaban directamente de un abuso en la frecuencia del acto sexual. Como ha sucedido usualmente, a los males asociados a la sexualidad se les ha creado una clase de mitos que la ciencia ha empezado a despejar.

En este sentido, desde 1940 y especialmente en Estados Unidos, el crecimiento de las enfermedades relacionadas con la próstata presionó a la comunidad científica a buscar explicaciones del fenómeno, posibles curas y preven- ciones de este mal.

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

Las estadísticas afirman que tan sólo durante 1995 unos 187.000 hombres fueron ingresados en clínicas y hospitales por cáncer de próstata en los Estados Unidos, de los cuales 65.000 murieron por la misma causa; cada día la tasa de muerte por cáncer de próstata aumenta considerablemente OMS/OPS (2002). Según Castilla (2003), en un estudio realizado en el Seguro Social Seccional del departamento del Atlántico de Colombia, de 401 pacientes oncológicos que se atienden actualmente, 119 padecen cáncer de próstata.

Con respecto a la hiperplasia benigna prostática (HBP) o aumento del tamaño de la próstata, enfermedad crónica que se abordará en este estudio, algunas investigaciones plantean que es la enfermedad predominante en los hombres mayores de incidencia de síntomas probablemente en aumento en el nuevo milenio (Kirby, 1999).

Sin embargo, Martínez (1998) plantea que hay estudios recientes, los cuales adelantan la aparición de la HBP a los 35 años de edad. Asimismo, la hiperplasia prostática es conocida por los efectos negativos en la calidad de vida de uno a tres hombres de 50 años de edad (Simpson, 1997).

Por otro lado, Uribe (1999) afirma que el tumor benigno más común en el ser humano es la hiperplasia prostática, la cual se hace más prevalente hacia la edad de 50 años, y llega a ser universal en hombres mayores de 80 años, convirtiéndose esta enfermedad en un problema epidemiológico de grandes proporciones. Un porcentaje bajo de pacientes, alcanza una fase de complicaciones graves; pero desde las fases iniciales de la enfermedad el paciente está expuesto a una serie de molestias que afectan el normal desarrollo de sus actividades diarias.

Desde esta perspectiva, aproximadamente un 60% de los hombres, entre las edades de 40 y 50 años, sufren agrandamiento de la próstata o hiperplasia benigna prostática. Los costos anuales en función de los cuidados médicos y cirugía para esta condición, sólo en los Estados Unidos, superan los 2 mil millones de dólares, con 1.7 millones de consultas médicas y 300 mil cirugías cada año OMS/OPS (2002).

La hiperplasia benigna prostática es a menudo una enfermedad silenciosa, por lo cual un gran porcentaje de hombres consulta al médico cuando la enfermedad ya ocasionó complicaciones que afectan en diferentes grados su vida diaria. Así, según datos suministrados por una de las entidades de salud de alta tecnología en Medellín (Colombia), de cada 100 hombres que consultan, uno es hospitalizado por hiperplasia benigna prostática, uno punto uno (1.1 %) es intervenido quirúrgicamente por esta patología; y un 0.4% de hombres con esta enfermedad ingresa por urgencias. Sin embargo, después de revisar la base de datos del DAÑE, Ministerio de Protección Social, Servicio Seccional de Salud de Antioquia y Secretaria de Salud del Municipio de Medellín no se encontraron datos con respecto a los perfiles de mortalidad y morbilidad por esta patología en Colombia.

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

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

A su vez, Djavan (2002) del mismo Departamento de Urología de la ciudad de Viena, Austria, evaluó si la HPB era una enfermedad progresiva, qué evidencias había para ello y qué parámetros clínicos podrían ser identificados como factores de riesgo de la progresión y la prevención de ésta, a través de un cuestionario de 15 ítems, distribuido para un total de 472 personas en 47 países. En esta investigación se concluyó que, aunque la HBP es una enfermedad benigna, tiene un impacto considerable en la calidad de vida de los pacientes. Su naturaleza progresiva y la identificación de los factores de riesgo para la progresión garantizan investigaciones posteriores.

Con respecto a los factores de riesgo, Uribe (1999) plantea que las investigaciones acerca de la próstata son incesantes y, aunque los estudios sobre los factores asociados a la patología no son concluyentes, se considera que la incidencia de hiperplasia prostática se incrementa dramáticamente con la edad y la presencia de testí-

culos funcionales. Sin embargo, la edad no puede considerarse en sí misma un factor de riesgo.

Otros factores de riesgo son los genéticos, ello se evidencia en los estudios de Sanda (1994), citado por Uribe (1999), los cuales han demostrado un componente genético inherente a la HBP que parece ser del tipo autonómico dominante. También es conocida la baja incidencia de HBP entre los asiáticos, con tasas del 7% o menos, comparada con otros grupos étnicos (Peña, 2000).

Además, se ha asociado la HBP con estilos de vida. Al respecto, Gass (2002), del Instituto de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Zuric (Suiza), llevó a cabo una investigación sobre los efectos opuestos del alcohol y el café en la prolongación y severidad de la hiperplasia benigna prostática con 882 hombres de 65, 70, 75 y 80 años de edad. Se evaluaron variables como la edad, educación profesional y el estilo de vida; y concluyendo, que el consumo de alcohol, cigarrillo y café puede estar involucrado en la patofisiología de la HBP. Sin embargo, son necesarios estudios epidemiológicos para evaluar que el no consumo de éstos evita el riesgo de HBP.

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

También se ha postulado que elementos de la dieta como ciertos vegetales amarillos y la soya tienen una función protectora frente a la HBP por su alto contenido de fito-estrógenos, los cuales tienen efectos antiandrogénicos en la próstata. De otra parte, existe controversia sobre una mayor incidencia clínica de HBP en

pacientes con diabetes mellitus, hipertensión o enfermedades cardiovasculares (Uribe, 1999).

Chokkalingam (2003), del Instituto Nacional de Cáncer, Rockville, Maryland, Estados Unidos, realizó un estudio donde se plantea que el riesgo de cáncer de próstata no es subsecuente al diagnóstico de hiperplasia benigna prostática. Patológicamente la HBP no es considerada un precursor para el cáncer de próstata. Sin embargo, debido a que estas dos condiciones no comparten solamente un ambiente hormonal similar dentro de la próstata, sino también varios factores de riesgo comunes, es posible que en los hombres con HBP se aumente el riesgo de cáncer de próstata.

Dentro de este contexto, se plantea que no se puede evitar la aparición de la HBP, ya que sus causas son poco conocidas, pero pueden prevenirse sus complicaciones tratándola a tiempo (Gómez, 2000).

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

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

Según un estudio realizado por Garraway, citado por Uribe (1999), en trabajadores y no trabajadores de una comunidad de 100 mil hombres en Forth Valley, Escocia (Reino Unido), un porcentaje bajo de pacientes con HBP alcanzara una fase de complicaciones graves, pero desde

las fases iniciales de la enfermedad el paciente estará expuesto a una serie de molestias que limitan su vida diaria. Además, Uribe (1999) plantea que a pesar de los casos de mejoría espontánea registrados, la enfermedad con el tiempo tiene un curso irreversible con presencia de complicaciones graves y, por ende, deterioro en la calidad de vida.

Por otro lado, Mitropoulos (2002), del Departamento de Urología de la Universidad de Atenas (Grecia), en un estudio realizado a 50 parejas donde el hombre sufría de síntomas de HBP, evidencia el impacto que tiene esta patología en la calidad de vida sexual de la mujer.

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

También, Schulman (2001), del Departamento de Urología del Hospital Erasme de la Clínica Universitaria de Bruselas (Bélgica), plantea que la hiperplasia benigna prostática puede tener un profundo efecto en la función sexual de los pacientes. Sin embargo, Richard (2001), del Servicio de Urología del Hospital de La Piedad, París (Francia), en un estudio llevado a cabo con 2372 hombres de 50 a 80 años de edad, reporta que sólo el 29% de los hombres hablan acerca de sus problemas sexuales y urinarios, respectivamente.

De acuerdo con lo anterior, la detección tardía del crecimiento de la próstata puede incrementar significativamente los costos en salud al favorecer la aparición de complicaciones. De modo adicional, el riesgo para el paciente es aún mayor cuando no es identificado a tiempo un cáncer de próstata. Es por esto que, se recomienda a todo varón de 40 años o más examinarse la

próstata al menos una vez al año (Hamand, 1997; Uribe, 1999; Simpson, 1997).

Ahora bien, mientras para las mujeres la visita al ginecólogo es tan natural como obligada, para muchos hombres la visita al urólogo se da sólo cuando la molestia o enfermedad está muy avanzada. Uribe (1999) afirma: «los hombres no consultan a tiempo, realmente porque los domina el ego machista y el miedo a exponer su intimidad durante el examen médico».

Según Xochipiltecatl (citado por Uribe, 1999), existen realmente muchas creencias y falacias en torno a la próstata, su revisión y los problemas relacionados con ella antes de visitar al urólogo. Dichas creencias son las causantes de descubrimientos tardíos de afecciones prostáticas que, tal vez tratadas tempranamente podrían haberse controlado. Es precisamente eso lo que explica que aún cuando un individuo presente síntomas los ignore y, por su puesto, postergue al máximo la visita al médico.

En este sentido, los temores o inhibiciones que puedan experimentar los hombres para llevar a cabo la revisión médica pueden estar relacionados con las creencias que se tengan con respecto a la enfermedad.

Según Harris, citado por Acosta y Cajiao (1996), la cultura es ese todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre de una sociedad. De ahí que, aunque las creencias se forman a partir de las ideas que se confirman o se cree confirmar a través de la propia experiencia personal de lo que se ha vivido, se desarrollan, transmiten y mantienen a través de la experiencia del grupo social que la practica. Además, estas afectan la percepción que se tiene de sí mismo, los demás, las cosas y situaciones que rodean a una persona.

Rokeach (1976, citado por la OMS /OPS, 2000) define una creencia como:

«Una proposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que la persona dice o hace, que puede ir precedida de la frase: 'yo creo que...'. El contenido de

una creencia puede descubrir un objeto o situación como verdadero o falso, valorarlo como bueno o malo, o recomendar un determinado curso de acción como deseable o indeseable. Sea o no el contenido de una creencia como descriptivo, valorativo o recomendativo (o las tres a la vez). (p.125).

Toda creencia es, entonces, una predisposición a la acción; mientras una actitud es un conjunto de predisposiciones para la acción relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación. Es importante anotar que las creencias que se relacionan con la salud y la enfermedad están bien arraigadas, por lo general, con el entorno cultural. Por lo tanto, hay creencias que se consideran erradas desde la perspectiva de la ciencia, aunque sean lógicas y útiles en la vida cotidiana de las personas que las sostienen (Duran y Rojas, 1996).

Las creencias se diferencian de los conocimientos por su componente evaluativo y por tener unas funciones psicológicas: representación, valoración y control. De acuerdo a Rokeach, citado por la OMS/OPS(2002) se postula que:

«Las creencias representan los componentes primordiales de las actitudes; ellas le asignan al objeto o a la situación actitudinales un atributo positivo o negativo. Al igual que las actitudes, las creencias pueden ser descompuestas en sus elementos cognoscitivos, afectivos y conductuales». (P.67).

El componente cognoscitivo representa el conocimiento acerca de lo que una persona cree que es verdadero o falso, bueno o malo, deseable o indeseable. El componente afectivo se refiere a la creencia de provocar afectos referentes al objeto de la misma, a individuos o grupos que adoptan una posición determinada frente a ella o a la creencia misma. El componente conductual representa la creencia de activar determinados comportamientos en circunstancias definidas.

Como en toda teoría cognoscitiva, Álvarez (2002) argumenta que la conducta de las perso-

nas ante las enfermedades y las recomendaciones médicas está determinada por un pensamiento lógico formal, con el cual se lleva a cabo un análisis de la información de los riesgos, beneficios y consecuencias de determinadas conductas. Por lo tanto, la adopción de determinada conducta depende del resultado del análisis realizado por la persona, cuya consecuencia es el mantenimiento o la modificación de la conducta ante la salud o la enfermedad.

Desde este contexto, en los últimos años se han consolidado varios modelos de creencias de salud (MCS). Uno de estos es el modelo de creencias en salud elaborado por Becker citado por Álvarez (2002), quien planteó tres dimensiones básicas que considera se deben analizar en un episodio de enfermedad: 1) la percepción subjetiva de la susceptibilidad o vulnerabilidad ante la enfermedad; 2) la percepción del grado de amenaza ante ésta, junto con la evaluación subjetiva de las repercusiones en la salud y en lo social que puede provocar la enfermedad; 3) la percepción de beneficios al llevar a cabo determinadas conductas de salud, y la evaluación de probables dificultades al ejecutar dichas conductas.

En este modelo de Becker, las dos primeras dimensiones vendrían a dar la percepción personal de riesgo ante la enfermedad y determinarían el grado de motivación para llevar a cabo la conducta. La tercera dimensión comprendería el análisis de accesibilidad a conductas y acciones que se ejecutarían. Todas estas dimensiones, junto con algunos elementos externos, como indicadores demográficos, psicológicos, etc., determinarían básicamente la conducta y las creencias de salud.

Este último Modelo de creencias de salud de Becker (1974) ha sido aplicado en múltiples investigaciones, en los más diversos lugares del mundo y sobre una amplia variedad de tópicos. Así, con respecto a la próstata y su patología, se hallaron varios estudios donde básicamente se utilizó este modelo, algunos de ellos son: «Diferenciación de los patrones de comportamiento de salud relacionados con el exámen de cáncer de próstata entre los hombres Afro-americanos

en un ambiente militar», de Edwards (2002); «Qué pensamos, qué conocemos: la percepción de los hombres Afro-americanos del cáncer de próstata y los métodos de detección» de Clarke-TaskeryWade(2002).

Desde esta misma perspectiva Farrel, Murphy y Scheider (2002) plantean que la influencia que ejercen los sistemas de creencias en la percepción del mundo humano suele ser comparable a la función que cumplen los órganos de los sentidos en la construcción de las representaciones sensoriales. Por este motivo, puede ser un tópico fundamental en las disciplinas que tratan de comprender, explicar y modificar el comportamiento humano.

Al respecto Edwards (2002), de la Universidad George Masón, de Fairfax en los Estados Unidos, realizó un estudio con 147 militares de 40 y más años con el objetivo de identificar la frecuencia con la cual ellos se hacían el examen de cáncer de próstata, usando el modelo de creencias de salud, y encontró que la educación y la percepción de los beneficios del examen de tacto rectal y la prueba en sangre del antígeno específico de próstata diferencian mejor a quienes se examinaban anualmente con los que no se realizan el examen.

Por otro lado, no podemos olvidar la estrecha relación entre próstata y sexualidad. La sexualidad para Álzate (1997) es un elemento crucial en la vida del ser humano, que implica tener en cuenta «un conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas, comportamentales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual humana» y alrededor de la cual se han tejido diversas creencias y mitos.

Asimismo, el concepto de sexualidad, según Duran y Rojas (1996), ha sido objeto de múltiples interpretaciones, y en las diferentes definiciones existe un común denominador, se sustentan en la función que se le asigne. De esta manera, para algunos prima la reproducción, para otros el placer y para los demás la comunicación. Sin embargo, estas funciones no son excluyentes entre sí.

De acuerdo a Harrison (1998), muchas personas están convencidas que más allá de los 40

ó 50 años la actividad sexual no tiene cabida, porque simplemente decae con la edad o hay una manifestación discordante con la edad. La sociedad de consumo enseña que el sexo es para los jóvenes. De ahí que, los mitos y tabúes acerca de los hombres de edad avanzada, en la etapa del climaterio, se escuchan con frecuencia y reafirman estereolipos falsos que se tienen en cuanto a la vivencia de la sexualidad del hombre adulto.

Además, como plantea Harrison (1998), es de tener en cuenta las visiones reproductoras de la sexualidad, donde el único objetivo del acercamiento sexual es tener hijos, y el placer o la autoestima no juegan un papel importante. Debido a estas visiones, se ha generalizado la idea que una mujer o un hombre mayores no deben pensar en el sexo, pues ya no pueden reproducirse. Es muy común en personas de edad avanzada, la inhibición del deseo sexual, la aparición de disfunciones e incluso la abstención de la relación sexual. Lo anterior se debe más a prejuicios, creencias o mitos, producto de la desinformación, que a los mismos problemas físicos.

Afirma Giraldo (1995) que la edad madura avanzada se caracteriza, en la cultura occidental, por la preocupación del individuo de mantener su estatus afectivo, su relación conyugal y su capacidad sexual, especialmente en el hombre. Para este autor, tanto hombres como mujeres pueden conservar su capacidad sexual hasta pasados los 90 años de edad; sin embargo, el hombre suele ser más vulnerable que la mujer.

Además, Giraldo (1995) dice:

«Un 25% de los hombres en la edad avanzada necesitan cirugía prostática y otro 25% algún tratamiento por inflamación de la próstata. La cirugía más común no afecta la potencia sexual. Solamente la cirugía perineal usada en casos extremos, puede producir impotencia. La mayoría de la veces la impotencia que sigue a la cirugía es de origen psicológico y puede evitarse con una buena preparación del paciente».

(p.91)

De igual manera, plantea Giraldo (1995), el hombre que está en proceso de envejecimiento mantendrá su potencialidad sexual indefinidamente si no se deja influenciar de modo negativo por los mitos populares, por sus propias ideas falsas y por sus temores, o por las creencias de sus compañeros. Algunos individuos, particularmente del sexo masculino, sufren una profunda herida a su autoestima por la falta de oportunidades sexuales o por la falsa creencia de que se acerca su debilitamiento sexual, debido a que la cultura ha sobrevalorado el sexo como signo de masculinidad. La situación real no es la disminución del interés sexual, sino el tener que superar el problema psicosexual con el cual la creencia popular enfrenta al individuo, a quien supone sexualmente impedido.

Al respecto, Hamand (1997) define la palabra próstata así:

«Próstata es una palabra atemorizante, rodeada de miedos, mitos y silencio. Incontinencia, impotencia y castración sin duda se encuentran entre las palabras más aterradoras para casi todos los hombres. Las enfermedades de próstata atañen a muchas áreas sobre las cuales para los hombres de cualquier edad resulta difícil y embarazoso hablar», (p. 84)

Desde este contexto, surge la pregunta si hay asociación entre la próstata y la impotencia sexual. Rosenfeid (2003) dice que si bien existe una creencia generalizada al respecto, se puede determinar que no hay tal relación directa de causa-efecto. Una persona, al sufrir de una prostatitis, inflamación, congestión y experimentar ardor, dolor o trastornos urinarios, también puede sentir inhibida su capacidad eyaculatoria, siendo ésta consecuencia del dolor y no por acción directa de la próstata sobre los mecanismos erectivos. Más allá de lo descriptivo, no hay correlación con la respuesta erectiva, al punto que muchos sujetos con extracción de la próstata continúan teniendo erecciones sin dificultad. En cambio, otros operados de cáncer de próstata pueden presentar cuadros de disfunción eréctil

En una investigación realizada por Vallancien (2003), del Departamento de Urología del Instituto Mutualiste Montsouris de París (Francia), se evaluó la función sexual (la predominancia de disfunción eréctil y eyaculatoria) en 1.274 hombres con síntomas del tracto urinario inferior. Los resultados mostraron que la disfunción eréctil, la reducción de la eyaculación y el dolor en la eyaculación fueron reportadas por el 62%, 63% y 23%, respectivamente, de los hombres. La reducción de la eyaculación fue significativamente relatada por edad (40% en menores de 60 años y 80% en mayores de 70 años). En conclusión, la disfunción eréctil y la reducción de la eyaculación son predominantes en hombres con HBP.

También Schulman (2001), del Departamento de Urología del Hospital Erasme de la Clínica Universitaria de Bruselas (Bélgica), plantea que la hiperplasia benigna prostática puede tener un profundo efecto en la función sexual de los pacientes. Sin embargo, Richard (2001), del Servicio de Urología del Hospital de la Piedad, París, Francia, en un estudio llevado a cabo con 2.372 sujetos de 50 a 80 años de edad, reporta que sólo el 29% de los hombres hablan acerca de sus problemas sexuales y urinarios, respectivamente.

Conclusiones

Las investigaciones, encontradas en gran porcentaje, tienen un enfoque biomédico; sería recomendable entonces diseñar estudios que aborden el peso de los factores psicológicos y socioculturales implicados en las patologías prostáticas.

Es posible que estos hallazgos sirvan de base para el diseño o implementación de programas preventivos o de intervención de las enfermedades de la próstata, así como, para el estudio de la percepción de los significados que para los hombres tiene la próstata, sus patologías y las implicaciones de éstas en su vivencia sexual.

Para terminar, hay suficiente evidencia que muestra que diversos factores psicosociales se asocian a la hiperplasia benigna de la próstata,

lo cual apoya la hipótesis de que contribuyen a su curso clínico- El diseño de un modelo que permita entender más integralmente la hiperplasia prostática benigna se hace necesario. El modelo bio-psico-socio-ambiental y cultural podría permitir entender más coherentemente esta enfermedad, ubicándola dentro de un espacio dinámico que cambia a lo largo del tiempo según se modifiquen las interacciones funcionales entre sus diferentes componentes.

Referencias

- Acosta, M. y Cajiao, G. (1997). Creencias populares sobre autocuidado durante el puerperio, en las Instituciones de Salud del nivel 1. *Colombia Médica*, 28, 42-50.
- Álvarez, J. (2002). *Estudios de las creencias, salud y enfermedad: Análisis psicosocial*. México: Trillas.
- Álzate. (1997). *Sexualidad humana*. Bogotá: Temis.
- Becker, M. H. (1974). The health beliefs model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473.
- Castilla, B. (2003, 18 de Marzo). Cáncer de próstata y de mama, los de mayor incidencia. *El Heraldo*, 12.
- Chokklingam, A. P. (2003). Prostate carcinoma risk subsequent to diagnosis of benign prostatic hyperplasia: a population-based cohort study in Sweden. *Cáncer*, 98, 1727-1734.
- Clarke-Tasker, V. A. y Wade, R. (2002). What we thought we knew. African American males' perception of prostate cancer and screening methods. *Urology*, 13, 56-60.
- Djavan, B. (2002). The urologist view of BPH progression: results of an international survey. *Europa Urology*, 41, 490-496.
- Durán, M. M. y Rojas, S. B. (1996). *La sexualidad en los niños y en los adolescentes: hacia la construcción de un estado de conocimiento*. Cali: Norma
- Edwards, Q. T. (2002). Differentiation of the health behavior patterns related to prostate cancer screening among African-American men in military settings. *International Medicine*, 167, 374-378.
- Farrel, M., Murphy, M. y Scheider, C. (2002). Influencia de las creencias de los pacientes en la aceptación de la pesquisa prostática. *Urología*, 5, 120-129.
- Gass, R. (2002). Benign prostatic hyperplasia: opposite effects of alcohol and coffee intake. *British Journal of Urology*, 90, 649-654.
- Giraldo Neira, O. (1995). *Explorando las sexualidades humanas*. México: Trillas.
- Gómez, C. P. (2000). *Guía de práctica clínica: hiperplasia prostática benigna. Complicaciones de la hiperplasia benigna de próstata*. Caracas: Sociedad Venezolana de Urología. Próstata y Potencia Sexual.
- Hamand, J. (1997). *Problemas de la próstata*. México: Diana.
- Harrison, T. R. (1998). *Principios de medicina interna*. México: Mc Graw Hill.
- Jakobsson, L., Loven, M. y Halberg, I. (2001). Sexual problems in men with prostate cancer in comparison with men with benign prostatic hyperplasia and men from the general population. *Journal Clinical Nursing*, 10, 573-582.
- Kirby, R. S. (1999). The prostate, men and men's health. *Prostate cancer*, 2, 2.
- Martínez, S. (1998). Aspectos epidemiológicos de la patología prostática. *Boletín de la Escuela de Medicina*, 28, 12-18.
- Mitropulos, D. (2002). Symptomatic benign prostate hyperplasia: Impact on partner's quality of life. *Europa Urology*, 41, 240-244.
- Ning, X. (2003). Prostate carcinoma risk subsequent to diagnosis of benign prostatic hyperplasia: a population-based cohort study in Sweden. *Cáncer*, 98, 1727-1734.
- OMS/OPS. (2002). *Manual de encuestas CACP sobre sexualidad SIDA/ETS*. Washington.
- Peña, J. (2000). *Inmunología*. Madrid: Pirámide.
- Richard, F. (2001). Results of an epidemiologic surgery carried out with men 50-80 years of age to study urinary disorders, quality of life and sexual function. *Urology*, 11, 250-263.
- Rosenfeld, C. (2003). *La famosa próstata*. Recuperado el 1 agosto, 2002, de <http://www.sexovida.com>.
- Schulman, C. (2001). Impact of treatment of BPH on sexuality. *Cáncer Prostatic Disease*, 4, 16-22.
- Simpson, R. J. (1997). Benign prostatic hyperplasia. *British Journal General Practice*, 47, 235-240.
- Temmi, C. (2003). The natural history of lower urinary tract symptoms over five years. *Europe Urology*, 43, 374-380.

Uribe, J. F. (1999), *Hiperplasia benigna de la próstata: la historia natural de un problema de salud*. Cali: Sanofi-Synthelabo.

Vallancien, G. (2003). Sexual dysfunction in 1.274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *Journal of Urology*. 169, 2257-2261.