

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PERCEPCIÓN ASOCIADO AL
TAMIZAJE DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN USUARIOS MAYORES DE 45
AÑOS DEL SERVICIO DE UROLOGÍA - CONSULTORIO EXTERNO EN EL
HOSPITAL ESSALUD II HUÁNUCO-PERÍODO 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

TESISTAS:

LIZETH MADELEINE CHAMORRO JIMENEZ
CYNTHIA LANAZCA DE LA CRUZ

ASESOR:

MED. BERNARDO CRISTOBAL DÁMASO MATA

HUÁNUCO – PERÚ

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PERCEPCIÓN ASOCIADO AL
TAMIZAJE DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN USUARIOS MAYORES DE 45
AÑOS DEL SERVICIO DE UROLOGÍA - CONSULTORIO EXTERNO EN EL
HOSPITAL ESSALUD II HUÁNUCO-PERÍODO 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

TESISTAS:

LIZETH MADELEINE CHAMORRO JIMENEZ
CYNTHIA LANAZCA DE LA CRUZ

ASESOR:

MED. BERNARDO CRISTOBAL DÁMASO MATA

HUÁNUCO – PERÚ

2020

DEDICATORIA

“La motivación es el empuje del éxito; el éxito es la plenitud de la vida; la vida no sería vida si no hubiera una familia”

A Dios por la vida y fuerza espiritual que nos guía día a día para realizar este trabajo de investigación con esfuerzo y perseverancia.

A nuestros padres por el apoyo incondicional, su comprensión durante estos años de estudio y su amor infinito ya que sin ellos no hubiese logrado mi meta profesional.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán la cual me abrió sus puertas para forjarme profesionalmente.

A la plana docente de la EP de Medicina Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, quienes se tomaron un arduo trabajo en transmitirme sus diversos conocimientos, experiencias y la dedicación para que lo aprendido en su cátedra sea utilizado en la vida real.

A mi asesor por el tiempo, dedicación y paciencia en la elaboración de este proyecto.

A todos quienes me apoyaron moralmente en el bienestar de mi profesión.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento, actitud, percepción y factores sociodemográficos con el tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de 45 años atendidos en consultorio externo del servicio de urología del hospital Essalud II Huánuco durante el 2018.

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo. Se usó muestreo aleatorio simple obteniéndose 424 varones que cumplieron los criterios de selección. Para la entrevista se usó un cuestionario organizado en cinco partes, datos sociodemográficos ocho preguntas, tamizaje de cáncer de próstata cuatro preguntas con dos cerradas y dos abiertas, conocimiento quince preguntas con dos opciones, percepción catorce preguntas con dos opciones y actitud catorce preguntas de opción múltiple basada en la escala de Likert. El programa estadístico usado fue el Spss15.

Resultados: La media de la edad fue 67,03 años, el 70,03% tuvo grado de instrucción superior y el 60,60% se realizó el tamizaje. Se encontró relación estadísticamente significativa entre nivel de conocimiento ($p=0.003$), percepción ($p=0.043$) y el grado de instrucción ($p=0.016$) con el tamizaje. No se encontró asociación entre actitud ($p=0.164$) y tamizaje. Aquellos con una percepción positiva y nivel de conocimiento alto tuvieron 1.84 y 1.38 veces

más posibilidad de realizarse el tamizaje respectivamente. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

Conclusiones: Los factores asociados al tamizaje de cáncer de próstata son el nivel de conocimiento, percepción y el grado de instrucción; la actitud no se asoció.

Palabras clave: Cáncer de próstata, cribado, tacto rectal, antígeno prostático específico, actitud

ABSTRACT

Objective: To determine the association between the level of knowledge, attitude, perception and factors demographic with the screening of prostate cancer in users older than 45 years attended in external office of the Urology Service Hospital health II Huánuco during the 2018.

Materials and methods: observational, analytical, transversal and retrospective study. Simple random sampling was used, obtaining 424 males that met the selection criteria. For the interview was used a questionnaire organized in five parts, data demographic eight questions, screening of prostate cancer four questions with two closed and two open, knowledge fifteen questions with two options, perception fourteen Questions with two options and attitude fourteen multiple choice questions based on the Likert scale. The statistical program used was the SPSS15.

Results: The mean age was 67.03 years, 70.03% had higher education degree and 60.60% was performed screening. We found statistically significant relationship between knowledge level ($P=0.00$), perception ($P=0.04$) and degree of instruction ($P=0.02$) with screening. No association was found between attitude ($P=0.18$) and screening. Those with a positive perception and high knowledge they had 1.84 and 1.38 times the possibility of screening respectively. We worked with a confidence level of 95%.

Conclusions: The factors associated with the screening of prostate cancer

are the level of knowledge, perception and degree of instruction; the attitude was not associated.

Key Words: Prostatic neoplasms, straining, digital rectal examination, prostate-specific antigen, attitude

INDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	v
INDICE	vii
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	7
1.1 Antecedentes	7
1.2 Bases teóricas.....	11
1.2.1 Cáncer de próstata	11
1.2.2 Tamizaje de cáncer de próstata.....	16
1.2.3 Pruebas diagnósticas de cáncer de próstata	25
1.2.4 Tratamiento.....	27
1.3 Definición de términos	31
1.3.1 Conocimiento	31
1.3.2 Actitud.....	34
1.3.3 Percepción.....	36
1.3.4 Tamizaje de cáncer de próstata.....	37
1.3.5 Estado civil.....	37
1.3.6 Lugar de procedencia	38
1.3.7 Grado de instrucción	38
1.3.8 Religión.....	40
1.4 Hipótesis.....	40
1.4.1 Hipótesis general.....	40
1.4.2 Hipótesis específicas	41
1.4.3 Hipótesis estadística.....	41
1.5 Formulación del problema	43
1.6 Objetivos	43
1.6.1 Objetivo general	43
1.6.2 Objetivos específicos	43
1.6 Población y muestra.....	44

1.6.1 Población.....	44
1.6.2 Muestra.....	45
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO.....	47
2.1 Tipo de estudio.....	47
2.2 Técnica, procedimiento y recolección de datos	47
2.2.1 Técnica e instrumento.....	47
2.2.2 Procedimiento.....	48
2.2.3 Procesamiento y análisis de datos	48
CAPITULO III: RESULTADOS	50
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	55
CONCLUSIONES.....	59
SUGERENCIAS.....	60
LIMITACIONES.....	61
BIBLIOGRAFIA.....	62

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es un importante problema de salud pública, es una patología crónica y silenciosa, la magnitud de casos a nivel nacional y regional se incrementan cada año. Esta es una patología común a partir de los 50 años, no presenta síntomas en su etapa inicial, por lo cual más del 50% de pacientes llegan al especialista cuando la enfermedad está avanzada. (1)

De acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS) el cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial; durante el año 2015 ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad. (2)

En la población masculina de Estados Unidos el cáncer de próstata es el más común después del cáncer de piel y la segunda causa de muerte después del cáncer de pulmón. Para el año 2018, la Sociedad Americana Contra el Cáncer estimó que en esta población se diagnosticaría alrededor de 164 690 casos nuevos de cáncer y se reportarían 29 430 muertes. Explicándolo de otra manera, aproximadamente uno de cada nueve hombres será diagnosticado y 1 de cada 41 hombres morirá por este cáncer. (3)

En Latinoamérica este cáncer se ubica en el tercer lugar de las causas de muerte, (4) ocupando en Ecuador el primer lugar con 50,1% en la prevalencia de todos los cánceres en hombres. (5) Para el año 2011, se

estimó 30 832 defunciones por cáncer a nivel nacional, de estas 15 854 fueron varones (51,4%); además se observó que la segunda neoplasia con mayor número de defunciones fue cáncer de próstata (1,7%). En el departamento de Huánuco, en el 2011, se ubicó en quinto lugar según su tasa de mortalidad (10,5%) (6) y para el año 2015 se encontró que la cuarta causa de muerte por cáncer fue el de próstata (7,9%). (7)

A nivel nacional la incidencia de cáncer de próstata registrada en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-Lima (INEN), periodo: 2000-2014, en hombres ocupó el primer lugar, teniendo un costo aproximado de s/10 300 si es avanzado y s/ 5 357 si es localmente avanzado. Al incluir los casos nuevos de cáncer en ambos sexos se ubicó dentro de las 5 neoplasias más frecuentes. (4). En el periodo 2006-2011, Lima registraba 2 472 casos de cáncer de próstata mientras que en Moquegua el cáncer de próstata desplazó al cáncer de estómago de los tres primeros lugares en la población masculina. (6) Los casos registrados de cáncer de próstata en Huánuco en el periodo 2006-2011 fueron 132 de un total de 1 408 casos en varones. (7). Sus cifras aumentarían gradualmente por el fenómeno de transición demográfica y la mayor esperanza de vida, generando mayor costo y menor calidad de vida (4).

Actualmente se busca mejorar de la sobrevida de los pacientes con cáncer de próstata. Los factores que influyen en la sobrevida son el grado de

extensión tumoral y el momento en el cual se realiza el diagnóstico. Una estrategia para el diagnóstico precoz es el tamizaje de cáncer de próstata, en la cual se busca casos individuales asintomáticos; siendo su objetivo de reducir la mortalidad, mejorar la calidad de vida de las personas, las posibilidades de curación, supervivencia y tranquilidad al paciente (4).

El tamizaje se compone de tacto rectal y el antígeno prostático específico total (PSA) (2) ya que el primero solo falla en 30% a 40% de los diagnósticos, el segundo en 20% y la asociación pierde apenas 5% de los casos; se realiza primero el PSA luego el tacto rectal ya que la manipulación de glándula prostática eleva los valores del PSA y con ello falsos positivos a la sospecha de cáncer de próstata (8). Con el tamizaje se disminuye el número de tumores avanzados y la mortalidad específica (9) pero en nuestro país las campañas con el uso de ambos exámenes fueron esporádicas. (4,10)

El tamizaje es importante para la disminución del costo total de cáncer de próstata. Se estimó en un estudio realizado en Perú en el 2015 donde el costo anual total es de 4,902,659 dólares, equivalente al 2,6% del presupuesto anual en el programa de prevención y control del cáncer en el país (11). Según Crawford (12), citado por Ramos (13), la prevención primaria del cáncer de próstata constituyó uno de los principales retos sanitarios, para la reducción de los impactos económicos, sociales y personales que esto conlleva (12).

La investigación de Fajardo en Colombia - 2017 sobre el conocimiento del examen de próstata el 63,4% refirió haber recibido algún tipo de información, 57,3% manifestó que conocía algo, pero no estaba seguro para qué se lo practicaba y 2,5% desconocía que existía el examen. Al precisar sobre los aspectos propios del examen, se encontró que 30,6% expresó no saber para qué se realizaba el tacto rectal y 51,95% dijo que conocía algo, pero no estaba seguro; en cuanto al antígeno prostático, el 59,9% expresó que ignoraba para qué se realizaba y solo el 12,6% refirió conocer con certeza para qué servía el examen. (14) En Ecuador al estudiar a la comunidad de Nambija se encontró que el 62% manifestó que no se realizó el examen prostático por falta de conocimiento, afectación de la masculinidad, disminución de la respuesta sexual y por temor al diagnóstico de cáncer de próstata; el 29% conoce sobre el examen dígito rectal. (5) En Barranquilla una investigación dio como resultado que los hombres sin información sobre el cáncer de próstata tuvieron riesgo de 2,32 veces más de no tener antecedente de tamizaje y los que no recibieron información sobre tamizaje el riesgo fue de 3,41 veces más de no tener antecedente de tamizaje. (15)

A nivel nacional en Chimbote durante el año 2014 en el Hospital Eleazar Guzmán Barró se señaló que el 49,4% de usuarios del consultorio de urología tuvieron bajo nivel de conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de próstata, el 39,2% nivel medio, y un 11,4% nivel alto. Además, el 59,5%

presentaron actitud menos positiva sobre medidas preventivas del cáncer de próstata, y el 40,5% más positiva. (16) Mientras que en Arequipa el 54,25% de policías mencionó que si conocía algún examen de detección temprana; el 37,81% mencionó al tacto rectal; 12,60% al examen de PSA en sangre; un 45,75% refirió no conocer las formas de diagnóstico. (17)

A nivel local en el distrito de Pillcomarca se realizó un estudio en el comité local de administración en salud (CLAS PILLCOMARCA) donde se demostró la efectividad de una cartilla informativa sobre cáncer de próstata y control preventivo en adultos mayores, después de la intervención, el porcentaje de conocimiento sobre cáncer de próstata fue mayor en el grupo experimental con un 65,0% respecto al grupo control donde se obtuvo un 15,0%. (18)

En cuanto a la realización del tamizaje de cáncer de próstata diversos estudios como el de Fajardo en el 2015, el 58,1% manifestó que nunca se había realizado el examen; de los que, si lo habían practicado el 40,4% solo lo habían hecho una vez en la vida, 35,3% expresó que lo realizó cada año y 8,3% más de tres veces (14). En el año 2017 un estudio colombiano en Bogotá D.C tuvo el resultado que 41% de hombres si se realizó el examen de próstata y el 56% no lo hizo (16). En Ecuador, Palta realizó un estudio en los usuarios del centro de salud Aguador, el 29% si se habían realizado el examen

de próstata y 71% no lo realizaron. (19) A nivel nacional en Arequipa durante el año 2014, al evaluar la actitud del personal policial frente al tamizaje de cáncer de próstata el 56,71% tienen una actitud positiva; 41,64%, actitud indiferente y el 1,64% tenían actitud negativa. (17)

La percepción del examen prostático es diversa, el artículo publicado por Rivero en Puerto Rico durante el 2016 demostró una renuencia a realizarse el examen de detección de cáncer de próstata asociada al concepto de que afectaría su masculinidad y el sentimiento de vulnerabilidad. (20) En la mayoría de los países de Latinoamérica incluyendo a Perú, la idiosincrasia del varón generó resistencia para realizarse el examen del tacto rectal por la idea prejuiciosa que podría inducirlos al homosexualismo. (21)

Nuestro país no es exento de esta realidad por lo cual existe desconocimiento alrededor de la prevención de éste tipo de cáncer, el conocimiento generado alrededor del manejo de ésta patología no ha sido difundido y no se tiene una uniformidad sobre el abordaje del paciente. Es por ello que el presente trabajo de investigación buscó indagar cuál fue el nivel de conocimiento sobre el examen prostático, cuál es la apreciación (percepción) que tienen frente al examen, y si los usuarios aceptaron (disposición) realizarse estas pruebas.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

Nivel internacional

Se ha realizado varios estudios con el objetivo de establecer la asociación entre el nivel de conocimientos, la actitud, percepción y la detección de cáncer de próstata.

Los conocimientos del sector masculino sobre los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata es diverso por parte de los hombres a la realización del examen prostático, en Ecuador Tapuy en el estudio “conocimientos del sector masculino sobre los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata” en la comunidad de Nambia durante el año 2016 ; concluyo que se encontró que el 62% manifestó que no se realizó el examen prostático por falta de conocimiento, afectación de la masculinidad, por temor al diagnóstico y disminución de la respuesta sexual; el 29% conoce sobre el examen digito rectal. (5)

Livingston (2002), en su estudio “Knowledge, attitudes and experience associated with testing for prostate cancer: a comparison between male doctors and men in the community” concluye que de los 500 participantes varones residentes del estado de Victoria – Australia el 55%

indicaron correctamente que la enfermedad de la próstata a veces puede ser cáncer, en cuanto a la actitud el 68% creía que los varones deberían someterse al tamizaje de la enfermedad de próstata al menos cada dos años. El objetivo del examen de próstata es detectar la existencia de cáncer y así lograr disminuir la morbimortalidad por esta enfermedad. (22)

Relacionada la actitud acerca del examen de próstata, se realizó diversos estudios como el que se hizo en Ecuador por Palta en el centro de salud Aguador-Cantón Machala durante el periodo 2016-2017 con el título: “Determinantes de examen oportuno de próstata”, estudio tipo descriptivo en el que participaron 150 hombres; la mayoría de 40 a 50 años de edad, comerciantes, casados, con escolaridad primaria, procedentes mayoritariamente de la zona rural; dando como resultados que el 29% si se habían realizado el examen de próstata y 71% no lo realizaron. (19). Fajardo (2017) en Bogotá D.C en su tesis titulada: “Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años” realizada durante el año 2016 con 408 participantes, estudio observacional transversal retrospectivo; tuvo el resultado que 41% de hombres si se realizó el examen de próstata y el 56% no lo hizo (14). Concordante con lo anterior en un estudio realizado en Estados Unidos por Tourville (2013) en 110.661 hombres encontró que el 72,2% reportó nunca haber tenido un tacto rectal; 36,8% lo había realizado en el último año, y el 49,7% en los últimos 2 años; también se encontró que los hombres

mayores, los que tienen mayor índice de masa corporal y los de raza negra eran quienes más se lo realizaban. (23) Además en el estudio realizado en Chile denominado “Realidad actual del screening para cáncer de próstata ¿Se llevan a cabo las recomendaciones?, con un total de 157 hombres participantes y con un promedio de edad de 59 años se obtuvo como resultado que: el 50,7% se habían realizado tanto el PSA como el tacto rectal, 33% sólo se realizó el PSA, y un 16,2% sólo tacto rectal, y casi la mitad de participantes se realizó una evaluación incompleta. (24)

Pero existen muchos sentimientos (percepción) por parte de los hombres hacia la realización del examen de la próstata, el artículo publicado por Rivero (2016) en Puerto Rico titulada: “El cáncer de próstata y la construcción social de la masculinidad” fue un estudio de enfoque fenomenológico descriptivo donde participaron 10 parejas heterosexuales, la edad de los hombres que tuvieron cáncer de próstata y la de sus compañeras fluctuaba entre 52 y 69 años, los datos recolectados durante la entrevista demostró una renuencia a realizarse el examen de detección de cáncer de próstata debido a que afectaría su masculinidad y el sentimiento de vulnerabilidad. (20)

Nivel nacional

En el Perú y en la mayoría de países latinoamericanos, la idiosincrasia del varón generó dificultad para realizar el examen del tacto rectal debido a la idea prejuiciosa que podría inducirlos al homosexualismo. Asimismo, en las áreas rurales, el sistema de salud no contó con personal capacitado ni con los medios suficientes para realizar el tacto rectal y la medición del PSA. Estas fueron alguna de las razones del porqué el diagnóstico de cáncer de próstata se da en estadios avanzados. (21)

Según Zevallos: “El tamizaje oportuno logra estructuras porcentuales mayores en estadios tempranos I y II. De esta forma se podría cambiar el perfil epidemiológico del cáncer de próstata en Lima Metropolitana y el Callao, logrando curar o dar mayor y mejor chance de vida a los pacientes con este diagnóstico”. (25)

Se realizó un estudio descriptivo correlacional en el 2012 con 252 estudiantes sobre "Nivel de conocimiento de prevención del cáncer y su relación con los estilos de vida..." concluye que el nivel de conocimiento de prevención del cáncer se relacionó con los estilos de vida ($p < 0.05$), sin embargo, la mayoría de estudiantes tuvieron un conocimiento medio de prevención de cáncer y los estilos de vida en su mayoría fueron medianamente saludables. (26)

En el estudio descriptivo correlacional transversal realizado por Ampuero, L y Romero, E (2015) en Chimbote se presenta la actitud sobre medidas preventivas del cáncer de próstata en 79 usuarios del consultorio de Urología del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, sus resultados fueron que el 59,5% de participantes tienen una actitud menos positiva frente a las medidas preventivas del cáncer de próstata, y el 40,5% una actitud más positiva a dichos exámenes. (16)

Nivel local

Un estudio del tipo cuasi experimental realizado el año 2017 con 20 adultos mayores del comité local de administración en salud Pillcomarca, evidenció desconocimiento sobre cáncer de próstata por parte de los participantes adultos mayores, antes de la intervención (grupo experimental 90,0%; grupo control 95,0%). Posteriormente al finalizar la intervención, el porcentaje de conocimiento sobre cáncer de próstata fue menor en el grupo control (15%) frente al grupo experimental (65%). (18)

1.2 Bases teóricas

1.2.1 Cáncer de próstata

La glándula accesoria más grande del aparato reproductor masculino es la próstata. Siendo del tamaño aproximado de una nuez. La próstata está formada por 2 porciones principalmente, una glandular y otra fibromuscular. Esta glándula rodea la uretra prostática y se halla envuelta por una cápsula

fibrosa densa y fina (cápsula verdadera), que a su vez está rodeada por una vaina laxa de la fascia pélvica conocida como vaina prostática (cápsula falsa). La irrigación de la próstata deriva de la arteria vesical inferior y rectal media, ramas de la arteria iliaca interna. La inervación de la próstata está dada por fibras parasimpáticas procedentes de los nervios espláncnicos de la pelvis, las fibras simpáticas proceden del plexo hipogástrico inferior (27).

El cáncer de próstata es un tumor frecuente en hombres mayores, sin embargo, la mayoría de los enfermos se encuentran asintomáticos. El cáncer de próstata se disemina a través de la sangre y de la linfa. La explicación anatómica de las metástasis en la columna vertebral y pelvis son comunicaciones venosas sin ningún tipo de válvula, que existen entre el plexo venoso prostático y los plexos venosos vertebrales. Las células cancerosas de la próstata se extienden también por los linfáticos de la pelvis hasta los ganglios linfáticos situados alrededor de las arterias iliacas internas e ilíaca común y aorta. En general las células cancerosas de la próstata suelen producir más metástasis óseas que orgánicas; las metástasis óseas se caracterizan por un aumento de la densidad ósea y no por la destrucción del hueso (27).

El cáncer de próstata suele tener su origen, más del 70% de las veces, en la zona periférica y su tipo histológico es predominantemente el adenocarcinoma; tiene la particularidad de ser multifocal (50-97% de los casos) y se caracteriza por su progresión local inicialmente y una diseminación

linfática ordenada a los ganglios linfáticos ilíacos, obturadores, pélvicos y sacros, para tener finalmente el hueso como principal órgano sólido de compromiso metastásico (28).

1.2.1.1 Factores de riesgo

Es todo aquello que incrementa la probabilidad de padecer una enfermedad, el tener uno o más factores de riesgo no significa que se desarrollará la enfermedad. Los factores de riesgo asociado al cáncer de próstata son (3):

a. Factores de riesgo más asociados (3)

1. Edad

Se ha determinado que a mayor edad la probabilidad de padecer cáncer se incrementa a partir de los 50 años y en mayores de 65 años 6 de cada 10 casos se encuentran en este grupo etario.

2. Raza/grupo étnico

El grupo étnico más afectado son varones de raza negra y hombres del Caribe que tienen ascendencia africana. La tasa de mortalidad en los de raza negra es mayor al doble que la raza blanca. Es poco frecuente en hombres asiático-americanos y en los hispanos/latinos que en los hombres blancos.

3. Geografía

En América del Norte, regiones del noroeste europeo, australiano y en el Caribe es común esta enfermedad crónica, a diferencia de Asia, África,

Centroamérica y Sudamérica donde su prevalencia es menor, la razón de esto es debido a mayor implementación del tamizaje en los países desarrollados y los estilos de vida.

4. Antecedentes familiares

Se sugiere un factor hereditario o genético, sin embargo, la mayoría de los casos de cáncer de próstata se presenta en hombres sin antecedentes familiares.

Si el familiar de primer o segundo grado padecen de cáncer de próstata, el riesgo se duplicará. A mayor número de familiares afectados se incrementa el riesgo al igual que padecer a edad temprana este cáncer.

5. Cambios genéticos

Las mutaciones en el ADN incrementan el riesgo, pero el total de casos diagnosticados con este factor de riesgo es mínimo. La mutación del BRCA2 se ha asociado en algunos hombres.

b. Factores poco asociados al riesgo de cáncer de próstata (1,21)

1. Alimentación

Las dietas ricas en carnes rojas, calcio (productos lácteos) y colesterol malo (LDL) aparentemente aumentan de manera significativa el riesgo de cáncer de próstata. Contrariamente dietas ricas en alimentos crudos y

verduras y los antioxidantes como los licopenos (que se encuentran en los tomates) y la granada, ayudan a prevenir el cáncer de próstata.

2. Obesidad

Hombres con sobrepeso son dos veces más propensos a morir por cáncer de próstata.

3. Tabaquismo

Los fumadores tienen un 76% más de riesgo para fallecer cuando tiene cáncer de próstata.

4. Inflamación de la próstata

La Prostatitis puede estar asociada a un riesgo aumentado de cáncer de próstata, aunque otros estudios no han encontrado tal asociación.

5. Infección de transmisión sexual

En el año 2010 Cheng realiza un estudio en California que sugiere que las enfermedades de transmisión sexual (ETS) pueden estar implicadas en la susceptibilidad de cáncer de próstata.

6. Exposición a sustancias químicas

Como el agente naranja se asocia como factor de riesgo.

1.2.1.2 Síntomas

Por lo general, el cáncer de próstata en etapa inicial no causa síntomas, a medida que el tumor crece y metastiza se presentan síntomas inespecíficos:

- Disuria
- Problemas al orinar, incluyendo un flujo urinario disminuido y nicturia.
- Hematuria, hematoespermia
- Disfunción eréctil
- Lumbalgia debido a metástasis ósea
- Paresia y parestesia de los miembros
- Incontinencia urinaria y fecal debido a metástasis ósea (3)

Los mismos síntomas también puede presentarse en hombres con hiperplasia prostática benigna (1),

1.2.2 Tamizaje de cáncer de próstata

Los verbos tamizar o cribar hacen referencia a la acción de examinar a un grupo de personas, separando aquellos los que tenemos la sospecha de alguna condición o riesgo patológico de los que están sanos, para la realización de ello se usa mayormente pruebas diagnósticas o criterios clínicos. (29)

Las pruebas de tamizaje de cáncer de próstata tienen como fin detectar un cáncer a pesar que el paciente no presente sintomatología. Esta prueba consiste:

- Análisis del antígeno prostático específico (PSA) en la sangre
- Tacto rectal (DRE), para palpar la glándula prostática (3)

El antígeno prostático específico, cuya sensibilidad es de 84,5 % y su especificidad de 98 % mientras que el tacto rectal con sensibilidad del 69 % y especificidad del 92 % (30).

La Sociedad Americana de Cáncer recomienda que las edades para la realización de un tamizaje son:

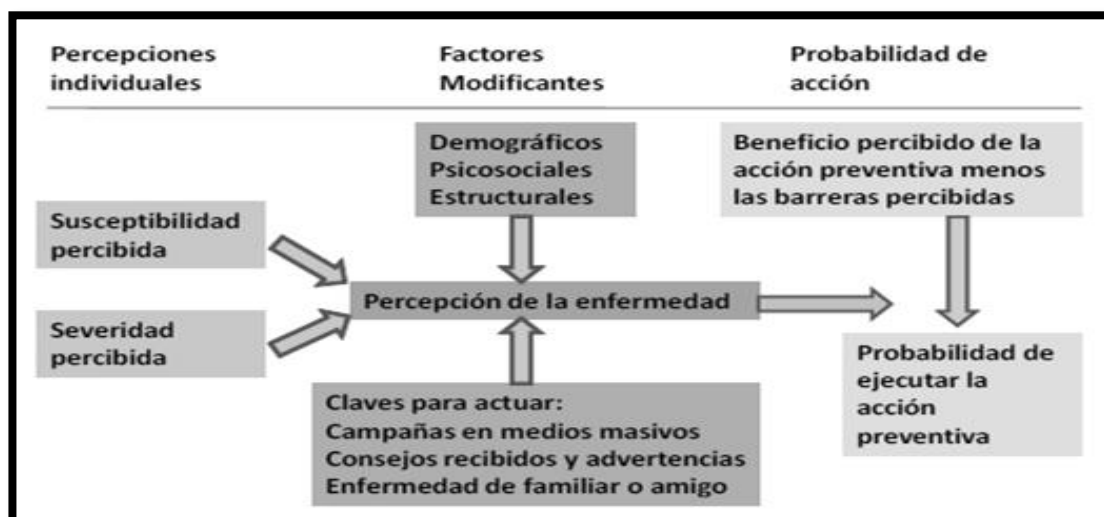
- 50 años, cuando hay riesgo promedio de cáncer de próstata, con una esperanza de vida de mínimo 10 años más
- 45 años, al tener un alto riesgo de cáncer de próstata (raza negra, parientes de primer grado con cáncer de próstata).
- 40 años, cuando tienen riesgo mayor (más de un pariente de primer grado tubo cáncer de próstata) (3).

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Mode:

Teoría creada en la época de los 50 propuesta por Hochbaum, siendo usada en promoción de la salud, siendo una de las teorías más utilizadas; incluye a al componente cognitivo/perceptivo.

En esta teoría se intenta explicar la falta de participación del público en los programas de detección precoz y prevención de enfermedades; al igual que la respuesta individual frente a síntomas de una enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios, los comportamientos de autocuidado en higiene bucal o el uso de tabaco. (31)

Figura N° 01. Modelo de Creencias en Salud -MCS



Fuente: Becker M, (editor). The health belief model and persona I health behavior. Health Education Monographs 1974; 2(4):234-508

1.2.2.1 Tacto rectal

El recto se encuentra en contacto con la cara posterior de la glándula prostática, por lo que se puede palpar a través de éste. Cuando se realiza el tacto rectal, el recto y el tabique retrovesical separa el dedo de la próstata. La palpación rectal aporta información sobre su tamaño y consistencia.

Normalmente, la consistencia es blanda, pero cuando hay un cáncer esta se torna pétrea (dura y nodular). Frecuentemente los cánceres de próstata comienzan en la región posterior próstata por lo que permite palpase en este examen. La posición de la próstata depende del llenado vesical; al estar llena la desplaza hacia abajo por lo que es más fácil de palpar (27).

Procedimiento

El médico se coloca un guante y lo lubrica, luego introduce el dedo en el recto para palpar cualquier alteración en la próstata (3).

Este examen es menos eficaz que la prueba de sangre del PSA para detectar cáncer de la próstata, pero es útil cuando hay un cáncer en los que el nivel de es normal PSA. Recomendándose usar tanto el PSA juntamente con el tacto rectal para el tamizaje. (3)

También se puede utilizar una vez que se sabe que un hombre padece cáncer de próstata para tratar de determinar si el cáncer se ha propagado a los tejidos cercanos y para detectar el cáncer que ha regresado después del tratamiento (1).

1.2.2.2 Antígeno prostático específico

El antígeno prostático específico (PSA) es una proteína de 237 aminoácidos sintetizada por las células acinares de la próstata en condiciones normales, Circula en concentraciones plasmáticas muy bajas, con una vida media entre 2,2 a 3,2 días, tiene como función la licuefacción del coagulo seminal y sus niveles séricos se incrementan en enfermedades prostáticas sin

ser específica para el cáncer. Sin embargo, desde su descubrimiento se utiliza de manera rutinaria para la detección de cáncer de próstata en hombres mayores de 40 años junto con el examen de tacto rectal. (32) La medición de la concentración del PSA es en sangre, pero existen otros lugares como la orina, líquido amniótico, leche materna, saliva donde pueden ser detectados. (33)

Se considera positiva cuando el nivel de PSA está por encima de 10 ng/ml, y esto se relaciona con una mayor probabilidad de padecer cáncer de próstata; cuando el nivel es menor a 4 ng/ml significa un bajo riesgo de padecer el cáncer. Siendo el nivel de corte 4 ng/dl. (34)

Un estudio realizado en Madrid en el cual se evaluó los niveles de especificidad y sensibilidad del PSA dio como resultados que los valores de sensibilidad y especificidad obtenidos para el PSA sérico ≤ 4 ng/ml fueron 100% y 0% respectivamente, cuando el nivel de PSA sérico es mayor o igual a 9 la sensibilidad es 56% y la especificidad es 52%. A medida que el nivel de PSA es mayor disminuye la sensibilidad y aumenta la especificidad. (35)

1.2.2.2.1 Preparación antes de la realización del PSA:

La preparación es sencilla, pero debe seguirse estrictamente. En caso contrario, los resultados se alteran.

- Ayuno previo de 12 horas
- Posteriormente se realizará la toma de sangre y se enviará a un laboratorio para su análisis. (33)

1.2.2.2 Factores que incrementan el nivel sérico del PSA (3):

- a. **Próstata aumentada de tamaño:** Como la Hiperplasia prostática benigna (BPH)
- b. **Mayor Edad:** los niveles de PSA normalmente aumentan con la edad.
- c. **Prostatitis**
- d. **Eyacuación:** Puede causar un aumento en el nivel de PSA transitorio, se sugiere que se abstengan de eyacular uno o dos días antes de la prueba.
- e. **Montar en bicicleta:** Puede aumentar los niveles de PSA.
- f. **Procedimientos urológicos:** Biopsia de la próstata y cistoscopia pueden causar niveles más elevados de PSA por un corto periodo de tiempo, el tacto rectal (DRE), la ecografía transrectal y el masaje prostático (si se realizó esperar alrededor de un mes para realizarse la prueba)
- g. **Algunos medicamentos:** La testosterona u otros medicamentos que elevan el nivel de la testosterona.

1.2.2.3 Factores que disminuyen el nivel sérico del PSA (3):

- a. **Algunos medicamentos:** Inhibidores de la 5-alfa reductasa (finasterida o dutasterida) usadas en el tratamiento de la Hiperplasia prostática benigna (HBP).
- b. **Diuréticos tiazídicos:** El consumo prolongado.

- c. **Aspirina:** Cierta investigación ha sugerido cuando se toma regularmente, posiblemente este efecto sea mayor en los hombres que no fumadores.
- d. **Estatinas:** Algunos estudios concluyeron que en su uso prolongado
- e. **Obesidad**

1.2.2.2.4 Tipos de pruebas de antígeno prostático específico (PSA) (3):

Se puede usar indistintamente las pruebas, pero la elección depende del especialista. El PSA se encuentra en la sangre principalmente en dos formas. Una unida a proteínas sanguíneas (complejo) y la otra es libre. Y la suma del PSA libre con el PSA unido a proteínas hace el PSA total.

- a. **PSA libre (fPSA):** Es la proporción del PSA libre con el nivel PSA total. El porcentaje de PSA libre es menor en los hombres con cáncer de próstata comparado con los sanos. Un porcentaje menor de PSA libre aumenta la es inversamente probabilidad de tener cáncer de próstata, por ello se debería realizar una biopsia.
- b. **PSA complejo:** Mide la cantidad de PSA unida a proteínas.
- c. **Velocidad del PSA:** Indica la velocidad con la que el PSA aumenta en el tiempo. Normalmente el incremento es lento con el pasar de los años. En el cáncer la velocidad aumenta rápidamente. Aun no se ha demostrado que la velocidad de PSA sea más útil que el nivel de PSA para detectar cáncer de próstata, por ello la Sociedad Americana contra

el Cáncer no recomienda usarla como parte de la detección del cáncer de próstata.

- d. **Densidad del PSA:** Los niveles del PSA son mayores cuando la próstata es más grande. Se usa la densidad de PSA (PSAD) para corregir las variaciones de PSA debidas al tamaño de la próstata. Se obtiene dividiendo el valor del PSA entre el volumen de la próstata (mide por ecografía transrectal). Una densidad alta de PSA indica una mayor probabilidad de cáncer. Su utilidad es menor que la del PSA libre.

1.2.2.2.5 Valores del PSA

El PSA total prueba es usada para decidir si usted debe hacerse una biopsia de próstata cuando los resultados están en la zona gris o intermedia (entre 4 y 10nr/dl), sin embargo también puede indicar otras patologías tales como hiperplasia prostática benigna (HBP) o prostatitis. No es posible garantizar la ausencia de cáncer en valores menores de 4 ng/dl. (34)

TABLA N° 01: VALORES DEL PSA SEGÚN RANGO DE EDAD

EDAD (AÑOS)	PSA NORMAL
40-49	< 2,5 ng/ml
50-59	<3,5 ng/ml
60-69	<4,5 ng/ml
70-79	<6,5 ng/ml

FUENTE: Oesterling JE, Jacobsen SJ, Chute CG, Guess HA, Girman CJ, Panser LA, et al. Serum prostatespecific antigen in a community- based population of healthy men: establishment of age-specific reference ranges. JAMA 1993; 270: 860-4.

El beneficio principal de medir el antígeno prostático radica en la reducción del cáncer de próstata y por supuesto la reducción de la mortalidad. Las revisiones de Cochrane muestran que el tamizaje con el antígeno detecta más cánceres y en estadios más precoces. En los análisis de los grupos etarios se demuestra una reducción de la mortalidad del grupo de 65 a 69 años. (34)

1.2.2.2.6 Factores asociados al no tamizaje de cáncer de próstata

Una de las causas por las cuales la prueba para el tamizaje de cáncer de próstata no se realiza es:

- Desde el punto de vista del médico: Es poco tiempo que se tiene por cada consulta lo cual impide realizar una buena explicación de la importancia de los exámenes. (22)

- Desde el punto de vista del paciente: No estar afiliados a servicios de salud, la ausencia de información sobre la enfermedad y la importancia concedida al tamizaje. (1)

1.2.3 Pruebas diagnósticas de cáncer de próstata (3,5)

a. Biopsia

Procedimiento de extracción de tejido prostático. La biopsia por punción con aguja gruesa es el principal método para diagnóstico del cáncer de próstata, se extrae con una aguja un pequeño cilindro de tejido prostático. Esto se repite varias veces, alrededor de 12 muestras de diferentes partes de la próstata.

Las muestras obtenidas se enviarán a un laboratorio para observarse con microscopio. Al cáncer se asignará un grado, usando la escala de Gleason (va de 2 a 10), cuanto mayor sea la puntuación mayor es la diseminación del cáncer.

Procedimiento: Para la biopsia normalmente se usa un anestésico local, y el procedimiento toma alrededor de 10 minutos. Administrándose antes de ello profilaxis antibiótica y continúa con ello 2 a 3 días después del procedimiento, para disminuir las infecciones. Días posteriores se puede presentar molestias en el área, sangre en la orina, un poco de sangrado por

el recto y sangre en el semen. Esto puede durar por varias semanas después de la biopsia.

b. Ecografía transrectal

La ecografía transrectal (transrectal ultrasound, TRUS), no se usa como prueba de detección para el cáncer de próstata, porque la diferencia de tejido sano con tejido cancerígeno a veces no se puede visualizar. Su uso frecuente es para diagnosticar cáncer cuando el hombre presenta sintomatología, PSA elevado o su tacto rectal es sospecho en ellos nos ayudara a encontrar imágenes anecoicas sugestivas de nódulos carcinomatosos y realizaremos la toma de muestra. Otros usos es guiar la aguja en la biopsia el área sospechosa, medir la próstata y se usa para guía en el tratamiento de cáncer de próstata.

Se debe realizar cuando el examen Digital Rectal es positivo o cuando el PSA esté elevado (1).

Procedimiento: Se lubrica y coloca un transductor de aproximadamente 2cm de diámetro en el recto. La duración de procedimiento dura aproximadamente 10 minutos, causa ligeras molestias, pero no dolor.

1.2.4 Tratamiento

El mejor tratamiento depende de una variedad de factores, incluyendo su edad, salud general, la etapa y grado de su cáncer y su opinión sobre los efectos secundarios de los distintos tratamientos.

La cirugía, la radiación y la terapia hormonal son los tratamientos más comunes contra el cáncer de la próstata. La quimioterapia puede usarse en algunos casos, y la espera en observación puede ser una opción para algunos hombres, aunque en realidad no sea un tratamiento.

a. Cirugía

Es un tratamiento que consiste en retirar la glándula prostática mediante una intervención quirúrgica que tiene algunas modalidades:

- **Prostatectomía radical**

En la prostatectomía radical se extirpa la glándula prostática en su totalidad y algo del tejido que le rodea. Esta cirugía se lleva a cabo sólo si el cáncer no parece haberse propagado fuera de la próstata. La esperanza es que se pueda curar su cáncer extirpando todo el tejido canceroso. Los principales efectos secundarios de la prostatectomía radical son la falta de control de la vejiga (incontinencia) y el no poder lograr una erección (impotencia).

- **Resección transuretral de la próstata (TURP)**

La resección transuretral (RTU) es una intervención quirúrgica urológica que consiste en la extirpación de tejidos enfermos de uretra,

próstata y vejiga accediendo a ellos a través de la luz uretral con un aparato endoscópico llamado resectoscopio; se realiza con anestesia y con estancias hospitalarias.

b. Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento que usa rayos de alta energía (como los rayos X) para eliminar o encoger las células del cáncer. La radiación puede provenir de fuera del cuerpo o de materiales radiactivos colocados directamente en el tumor.

La radiación se usa en ocasiones para tratar el cáncer que no se ha propagado fuera de la glándula prostática o que se ha propagado solamente al tejido circundante. Las tasas de curación parecen ser las mismas que para los hombres que se someten a cirugía. Si la enfermedad está más avanzada, se puede usar la radiación para encoger el tumor y proveer alivio del dolor.

c. Criocirugía

Este método se usa para tratar el cáncer de la próstata que no se ha propagado mediante la congelación de las células con una sonda metálica. La sonda se coloca a través de una incisión entre el ano y el escroto. Durante el procedimiento se usa anestesia espinal o epidural.

Comparada con la cirugía y la radioterapia, se conoce poco acerca de la eficacia a largo plazo de la criocirugía. Por esta razón, la

mayoría de los médicos aún considera este tratamiento como experimental.

d. Terapia hormonal (supresión de andrógenos)

La meta de la terapia hormonal es reducir los niveles de las hormonas masculinas o andrógenos. El andrógeno principal se llama testosterona. Los andrógenos, que se producen mayormente en los testículos, hacen que las células cancerosas crezcan. El disminuir los niveles de andrógenos puede hacer que el cáncer de la próstata se encoja o crezca más lentamente. Sin embargo, la terapia hormonal no cura el cáncer. Tampoco sustituye a los tratamientos dirigidos a curar el cáncer.

Generalmente la terapia hormonal se usa en los hombres para quienes otros tratamientos como la cirugía o la radiación pueden no ser una buena opción. También se usa para los hombres cuyos tumores cancerosos se han propagado a otras partes del cuerpo o han

regresado después del tratamiento inicial. Si bien la terapia hormonal no cura el cáncer, puede proveer alivio de los síntomas.

La terapia hormonal puede tener efectos secundarios graves, que varían y dependen del tipo de terapia hormonal que se le administre. A aproximadamente 90% de los hombres se les reduce el deseo sexual o no tienen deseo sexual y padecen de impotencia. Otros efectos secundarios pueden incluir: sensaciones repentinas de calor

(pueden desaparecer con el tiempo), molestia en las tetillas (glándulas mamarias), crecimiento del tejido mamario, debilitamiento de los huesos, recuentos bajos de glóbulos rojos (anemia), disminución de la agudeza mental, pérdida de masa muscular, aumento de peso, cansancio y niveles más bajos del colesterol LDL.

e. Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de medicamentos para tratar el cáncer. Los medicamentos pueden ingerirse por vía oral o pueden inyectarse en una vena o músculo. Una vez los medicamentos entran al sistema sanguíneo, pasan a todo el cuerpo para alcanzar y destruir las células cancerosas. Si bien los medicamentos de quimioterapia eliminan las células del cáncer, también dañan algunas células normales, lo que puede provocar efectos secundarios. La quimioterapia se usa en ocasiones si el cáncer se ha propagado fuera de la glándula prostática y la terapia hormonal no está funcionando

No destruirá todas las células del cáncer, pero puede disminuir el crecimiento del tumor y reducir el dolor. La quimioterapia no se usa como tratamiento del cáncer de la próstata en etapa inicial. Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del tipo de medicamento, la cantidad administrada y la duración del tratamiento. Pueden incluir: náuseas y vómitos, pérdida del apetito, caída del cabello y llagas en la boca.

Debido a que la quimioterapia puede dañar también las células normales, sus recuentos sanguíneos pudieran ser bajos. Esto puede causar: Aumento en el riesgo de contraer infecciones sangrado o magulladuras como resultado de cortadas o lesiones menores cansancio. La mayoría de los efectos secundarios desaparecen después de terminado el tratamiento.

La quimioterapia utiliza medicamentos contra el cáncer que se inyectan en una vena o que se administran por vía oral. Estos medicamentos entran al torrente sanguíneo y van por todo el cuerpo. Algunas veces se usa quimioterapia cuando el cáncer de próstata se ha propagado fuera de la glándula prostática y la terapia hormonal ya no es eficaz. La quimioterapia no es un tratamiento convencional para el cáncer de próstata en etapa temprana, pero algunos estudios están determinando si este tratamiento podría ser útil si se administra por un corto periodo de tiempo después de la cirugía.

1.3 Definición de términos

1.3.1 Conocimiento

Mario Bunge define al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto; además considera que el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia. (36)

1.3.1.1 Tipos de conocimientos (37)

Se puede identificar en formas o niveles de conocimiento:

- a) **El nivel vulgar:** Los conocimientos se adquieren con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos por lo general se refieren a los problemas inmediatos que la vida le plantea. El conocimiento vulgar es el que tiene el común de los hombres, se adquiere y usa espontáneamente.
- b) **El nivel científico:** Este conocimiento se caracteriza por ser selectivo, metódico, sistemático y ordenado con el objetivo de establecer, describir, explicar e interpretar, los fenómenos y procesos. Tanto naturales como sociales y psicológicos. Lo cual le da un carácter riguroso y objetivo y hace que el, sin perder su esencia teórica sea un eficaz instrumento de dominio de la realidad. El conocimiento científico es sistemático, metódico, objetivo, analítico, explicativo, riguroso exacto y selectivo, da fundamentos científicos al que hacer de la ciencia, crea teorías, permitiendo formular generalizaciones en la cual se adquieren a través de la educación.

El diccionario de la Real Academia Española define al conocimiento como el entendimiento, inteligencia, razón natural, noción, saber o noticia elemental de algo. (38)

Esta variable independiente será utilizada para saber la información que poseen los hombres acerca del tamizaje de cáncer de próstata.

1.3.1.2 Medición

1. Según Fajardo mide el conocimiento en cuatro aspectos:

- Antecedentes: Saber si los familiares tuvieron o tienen cáncer de próstata.
- Conocimiento del cáncer: Saber si los hombres poseen conocimiento sobre el tamizaje de cáncer de próstata.
- Práctica del examen: Saber si los hombres se realizan o no el examen de próstata (14).

2. Según Ampuero y Romero mide el conocimiento en un cuestionario con 10 preguntas, evaluando:

- Nivel de conocimiento alto: 16 - 20 puntos
- Nivel de conocimiento Medio: 10-14 puntos
- Nivel de conocimiento Bajo: 0 - 10 puntos

A cada ítem adecuado se le asignó una puntuación de 2 y al inadecuado 0.

(16)

3. Para la investigación se asignará un valor numérico a las respuestas: correcta (1 punto) e incorrecta (0 puntos) y para la categorización se aplicará la escala de Stanone, la cual permitirá conocer los intervalos en función del puntaje alcanzado, ya sea en forma global o por dimensiones:

$$m = \bar{X} \pm 0.75S$$

m= valor deseado

X= promedio

S= desviación estándar

0.75= valor constante

El planteamiento de Stanones deriva en una técnica de valoración que permite determinar los intervalos de la variable dentro de la curva de gauss, en función de una constante. Para el estudio los datos necesarios para calcular los intervalos se hallaron en base a una prueba piloto de 42 pacientes.

- Nivel de conocimiento alto: 8 -15 puntos
- Nivel de conocimiento bajo: 0- 7 puntos (39).

1.3.2 Actitud

Es una característica relativamente estable que predispone a adoptar cierto comportamiento; proyectándose sobre el objeto, persona o idea específica. Además de un componente del comportamiento, también tiene un componente afectivo y cognitivo. Por eso implica creencia. (40)

1.3.2.1 Medición

1. Según Ampuero y Romero midieron la actitud sobre tamizaje de cáncer de próstata, en un cuestionario de 10 preguntas, clasificándolo en:

- Actitud más positiva: 12 - 20 puntos
- Actitud menos positiva: 0 - 10 puntos
- A cada ítem adecuado se le asignó una puntuación de 2 y al inadecuado 0 (16).

2. **Escala de Likert (41):** Es una escala psicométrica usada para evaluar opiniones y actitudes, las respuestas son puntuadas en un rango de valores, para evaluar la conformidad hacia una oración afirmativa o negativa.

Frente a la pregunta el encuestado responde en base de su nivel de acuerdo o desacuerdo. En esta escala se asume que la fuerza e intensidad de experiencia es directamente proporcional, yendo desde un totalmente en desacuerdo hasta un totalmente de acuerdo.

- a. Es muy importante
 - b. Muy importante
 - c. Moderadamente importante
 - d. De poca importancia
 - e. Sin importancia
- Para la investigación se utilizó el puntaje obtenido según la escala de Likert

Actitud positiva: 36 - 70 puntos

Actitud negativa: 14 - 35 puntos.

1.3.3 Percepción

Evaluar la apreciación, disposición, impresión, sensación, idea, pensamiento, que tienen los hombres con respecto al examen de la próstata. Se define como la sensación interior que resulta de la impresión material hecha en nuestros sentidos.

Las percepciones provienen de la necesidad que se tiene para desenvolverse en un ambiente determinado y hacer frente a problemáticas de la vida. Es un proceso donde se pueda extraer la información y concebirla como un conjunto total donde el aprendizaje y el pensamiento se integren al proceso perceptivo. A través de las percepciones se forma un marco de referencia organizado que se va construyendo de manera constante, por medio de las experiencias de vida. Las percepciones permiten interpretar dependiendo de las circunstancias en que se vive y experimenta. (14)

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Mode define percepción como las creencias un de individuo. (31)

1.3.3.1 Medición

1. Según Ampuero y Romero la clasificación de la percepción sobre el tamizaje de cáncer de próstata se dio de la siguiente manera:

- Percepción más positiva: 12-20
- Percepción menos positiva: 0-10 (16).

- Para la investigación se utilizó:

Percepción positiva: 8 - 14 puntos

Percepción negativa: 0- 7 puntos.

1.3.4 Tamizaje de cáncer de próstata

Método de detección temprana cuyo objetivo es descubrir cáncer de próstata antes que aparezca algún síntoma. Se considera dentro del tamizaje al examen de tacto rectal y al análisis de antígeno prostático. (3)

1.3.4.1 Medición

1. Según Fajardo se mide mediante las siguientes preguntas:

¿Se hizo el examen de tacto rectal?

¿Se hizo el examen de PSA?

¿Cuándo fue la última vez que se hizo PSA?

¿Cuándo fue la última vez que se hizo tacto rectal? (14).

En este estudio se usó las preguntas anteriores para determinar el tamizaje y su frecuencia

1.3.5 Estado civil

Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. (31)

1.3.5.1 Medición

Se obtuvo mediante el cuestionario usando como alternativas la clasificación dada por la RENIEC se considerando:

- Soltero(a),
- Casado(a),
- Viudo(a).
- Divorciado(a) (42)

1.3.6 Lugar de procedencia (43)

Es el origen o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.

1.3.6.1 Medición

Se obtuvo mediante el cuestionario, teniendo como alternativas:

- Zona Urbana
- Zona Rural

1.3.7 Grado de instrucción (44)

Es el grado más alto de instrucción realizados o en curso, según el ministerio de educación se divide en cuatro etapas, siendo las tres primeras de carácter obligatorio:

- **Inicial:** La educación inicial se ofrece las denominadas cunas, donde asisten menores de tres años, jardines para niños de tres a cinco años y a través de programas no escolarizados, destinados a niños carenciados de áreas rurales y urbano-marginales. El último año de este nivel es obligatorio.
- **Primaria:** La educación primaria tiene una duración de seis años. Los estudiantes adquieren conocimientos generales de ciencias, matemáticas y lenguaje, teniendo que contar con un promedio de 11 (sistema vigesimal de evaluación) para superarlo.
- **Secundaria:** La educación secundaria se divide en dos ciclos: el primero, general para todos los alumnos, tiene una duración de dos años y junto con la educación primaria constituyen el bloque de la educación obligatoria; el segundo, con una duración de tres años, es diversificado, con opciones científico-humanista y técnicas. Se ofrece en dos modalidades: para adolescentes (de 12 a 16 años) y para adultos.
- **Superior:** La educación superior se imparte en escuelas, institutos superiores, centros superiores de post-grado y en universidades. Los institutos ofrecen programas de formación de maestros y una variedad de opciones de formación técnica en carreras que tienen una duración entre cuatro y diez semestres académicos. Los institutos y escuelas superiores otorgan títulos de profesional, técnico y experto, y también

los de segunda y ulterior especialización profesional. Las universidades otorgan títulos de bachiller, maestro y doctor, así como certificados y títulos profesionales, incluso los de segunda y ulterior especialización.

1.3.7.1 Medición

Se obtuvo en la encuesta elaborada para la investigación.

1.3.8 Religión

Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto. (38)

1.3.8.1 Medición

Se obtuvo en la encuesta elaborada para la investigación.

1.4 Hipótesis

1.4.1 Hipótesis general

El nivel de conocimiento, actitud y percepción están asociados al tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de 45 años del servicio de urología-consultorio externo en el hospital ESSALUD II Huánuco-Periodo 2018

1.4.2 Hipótesis específicas

1. El nivel de conocimiento está asociado al tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de 45 años del servicio de urología-consultorio externo en el hospital ESSALUD II Huánuco-Periodo 2018
2. La actitud está asociado al tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de 45 años del servicio de urología-consultorio externo en el hospital ESSALUD II Huánuco-Periodo 2018
3. La percepción está asociado al tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de 45 años del servicio de urología-consultorio externo en el hospital ESSALUD II Huánuco-Periodo 2018

1.4.3 Hipótesis estadística

1. Nivel de conocimiento y tamizaje de cáncer de próstata:

Ho: P de pacientes que Si se realizaron el tamizaje de cáncer de próstata con un nivel de conocimiento Alto = P de pacientes que pacientes que Si se realizaron el tamizaje de cáncer de próstata con un nivel de conocimiento Bajo

Ha: P de pacientes que Si se realizaron el tamizaje de cáncer de próstata con un nivel de conocimiento Alto \neq P de pacientes que pacientes que Si se realizaron el tamizaje de cáncer de próstata con un nivel de conocimiento Bajo

2. Actitud y tamizaje de cáncer de próstata:

Ho: P de pacientes que Si se realizaron el tamizaje de cáncer de próstata con una actitud positiva = P de pacientes que pacientes que Si se realizaron el tamizaje de cáncer de próstata con una actitud negativa.

Ha: P de pacientes que Si se realizaron el tamizaje de cáncer de próstata con una actitud positiva \neq P de pacientes que pacientes que Si se realizaron el tamizaje de cáncer de próstata con una actitud negativa.

3. Percepción y tamizaje de cáncer de próstata

Ho: P de pacientes que Si se realizaron el tamizaje de cáncer de próstata con una percepción positiva = P de pacientes que pacientes que Si se realizaron el tamizaje de cáncer de próstata con una percepción negativa.

Ha: P de pacientes que Si se realizaron el tamizaje de cáncer de próstata con una percepción positiva \neq P de pacientes que pacientes que Si se realizaron el tamizaje de cáncer de próstata con una percepción negativa.

1.5 Formulación del problema

¿El nivel de conocimiento del tamizaje de cáncer de próstata, la actitud frente al tamizaje de cáncer de próstata y la percepción del tamizaje de cáncer de próstata están asociadas con el tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de 45 años del servicio de urología - consultorio externo en el hospital ESSALUD II Huánuco-periodo 2018?

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento del tamizaje de cáncer de próstata, la actitud frente al tamizaje de cáncer de próstata y la percepción del tamizaje de cáncer de próstata con el tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de 45 años del servicio de urología - consultorio externo en el hospital ESSALUD II Huánuco-periodo 2018

1.6.2 Objetivos específicos

1. Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento del tamizaje de cáncer de próstata con el tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de 45 años del servicio de urología – consultorio externo hospital ESSALUD II Huánuco-Periodo 2018.
2. Establecer la asociación entre la actitud frente al tamizaje de cáncer de próstata con el tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de

45 años del servicio de urología – consultorio externo hospital ESSALUD II Huánuco-Periodo 2018.

3. Determinar la asociación entre la percepción del tamizaje de cáncer de próstata con el tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de 45 años del servicio de urología – consultorio externo urología hospital ESSALUD II Huánuco-Periodo 2018.

1.6 Población y muestra

1.6.1 Población

Población Diana

Todos los varones usuarios del hospital ESSALUD II Huánuco en el periodo 2018.

Población elegible

Se eligió a los varones mayores de 45 años que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de Análisis

Un varón mayor de 45 años que se atendió en del servicio de urología – consultorio externo del ESSALUD II en el periodo 2018.

Características de la población

Criterios de inclusión

- Varones mayores de 45 años.
- Varones atendidos en el servicio de urología del hospital ESSALUD II Huánuco.
- Varones que firmen el consentimiento informado voluntariamente.
- Varones que se atendieron en el mes de octubre y noviembre.
- Varones sin antecedente personal de cáncer de próstata.

Criterios de exclusión

- Varones mayores de 45 años con trastornos mentales y del comportamiento.
- Varones con antecedente de prostactectomía.
- Varones referidos de otros establecimientos de salud
- **Criterios de eliminación**
- Varones que decidan retirarse del estudio.
- Varones con cáncer de próstata

1.6.2 Muestra

La muestra estará conformada por 424 varones mayores de 45 años que cumplan con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se determinó con la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Donde:

$Z = 95\%$ (Nivel de confianza), valor en la fórmula de 1,96

$p = 50\% = 0.5$ (proporción aproximada del nivel de conocimiento de la población) (15).

$q = 1 - p = 0.5$ (proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en (estudio).

$d = 5\% = 0,05$ (nivel de precisión) (15).

$n =$ tamaño de la muestra

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio es **Descriptivo, Transversal, Prospectivo**

Es DESCRIPTIVO porque el investigador describió las variables de interés.

Es TRANSVERSAL porque la medición de las variables se realizó en un solo momento.

Es PROSPECTIVO porque los datos se obtuvieron de encuestas elaboradas para la investigación.

2.2 Técnica, procedimiento y recolección de datos

2.2.1 Técnica e instrumento

Se empleó la encuesta como técnica de recolección de datos para lo cual se elaboró un cuestionario en base a estudios anteriores realizados a nivel internacional, la validez interna se evaluó por 5 expertos, quienes dieron un promedio final de 82,6.

El cuestionario final está dividido en cinco partes: datos generales que consta de 8 preguntas cerradas, tamizaje con cuatro preguntas dos cerradas y dos abiertas, conocimientos de la prevención de cáncer de próstata con

quince preguntas cerradas con dos opciones, percepción sobre tamizaje de cáncer de próstata con catorce preguntas cerradas con dos opciones y actitud sobre tamizaje de cáncer de próstata con catorce preguntas cerradas de opción múltiple basada en la escala de Likert.

2.2.2 Procedimiento

Previa aceptación de la investigación tanto por el comité de ética como por el comité de investigación y con la coordinación previa con los médicos del servicio de urología se presentó un cronograma de recolección de datos el cual fue aceptada. Iniciándose la recolección de datos en el mes de setiembre y concluyendo el mes de noviembre del 2018, se realizaron las entrevistas a cada paciente inscrito en consultorio de urología que firmó el consentimiento informado, cada entrevista duró 20 minutos aproximadamente mientras esperaban su turno de ser atendidos, se trató de no interrumpir o incomodar a los participantes. Terminado la entrevista se entregó un tríptico y una breve explicación acerca de la importancia del tamizaje, factores de riesgo del cáncer de próstata y los exámenes del tamizaje de cáncer de próstata.

2.2.3 Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos fueron analizados registrados y tabulados en el programa Excel para posteriormente ser analizados estadísticamente en el programa estadístico SPSS15, se usó el programa Epidat ver. 3.1 para determinar asociación entre las variables mediante la Razón de Prevalencia

(RP). Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se estimaron media, desviación estándar, el tercer cuartil, frecuencias absolutas y porcentajes; para el análisis de las variables cualitativas se estimó la proporción, frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis inferencial de las variables tamizaje con nivel de conocimiento, actitud, percepción, grado de instrucción, estado civil, ocupación, religión y lugar de procedencia se utilizó la prueba Chi cuadrado con un 95 % de confianza. Prueba U de Mann Whitney para el análisis de tamizaje con edad, previamente se demostró una distribución no normal (Kolmogorov-Smirnov $<0,05$). Considerando estadísticamente significativo $p < 0,05$ y usando la corrección de Fisher en tablas de 2x2.

Para la redacción del informe final y la presentación se utilizó el software Microsoft Word 2013 y Microsoft Power Point.

CAPITULO III

RESULTADOS

En el presente estudio participaron 424 pacientes varones que cumplieron los criterios de selección, siendo la edad mínima 47 años y la máxima 89 años, la media de la edad fue de 67,03 años (DE $\pm 9,98$). En la tabla 1, se muestra las características sociodemográficas, donde el 70,50% tuvieron grado de instrucción superior, el 47,20 % eran jubilados o cesantes y el 93,70 % procedían se zona urbana.

Tabla 1. Características epidemiológicas de los varones mayores de 45 años del hospital ESSALUD II- Huánuco 2018

Características	Frecuencia	Porcentaje
Edad en años ($\bar{x} + DS$)	(67,03 \pm 9,98)	
Grado de Instrucción		
Superior	299	70,50
Secundaria incompleta	52	12,30
Secundaria completa	42	9,90
Primaria completa	18	4,20
Primaria incompleta	12	2,80
Sin estudios	1	0,20
Estado civil		
Casado	288	67,90
Viudo	70	16,50
Soltero	33	7,80
Divorciado	26	6,10
Conviviente	7	1,70
Ocupación		
Trabajo independiente	135	31,80
Jubilado o cesante	200	47,20

Trabajo dependiente	86	20,30
Sin ocupación	3	0,70
Religión		
Católico	262	61,80
Evangélico	76	17,90
Cristiano*	65	15,30
No profesa ninguna religión	13	3,10
Otros	8	1,90
Lugar de Procedencia		
Urbano	396	93,70
Rural	28	6,60

* No profesa la religión católica ni evangélica

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado a los pacientes usuarios mayores de 45 años del servicio de urología- consultorio externo en el hospital ESSALUD Huánuco periodo 2018

En la tabla 2, se describen las características clínicas, donde se encontró que el 60,60 % (257) de varones se realizaron el tamizaje, siendo la media del último PSA 7,38 meses y del último TR 6,93 meses; el 80,66 % (342) obtuvo un nivel de conocimiento alto; el 97,90 % (415) de los entrevistados tenía una actitud positiva frente a la realización de los exámenes de tamizaje con una media de 54,45 puntos; por último el 83% (352) tienen una percepción positiva a realizarse el tamizaje, siendo la media de 9,63 puntos.

En la tabla 3, se presenta análisis bivariado, donde observamos que se distribuyó según el tamizaje de cáncer de próstata. Se encontró relación estadísticamente significativa entre nivel de conocimiento ($p=0.003$), percepción ($p=0.043$) y el grado de instrucción ($p=0.016$) con el tamizaje. No

se encontró asociación entre actitud ($p=0.164$) y tamizaje. Aquellos con una percepción más positiva y actitud positiva tienen 1.84 y 1.82 veces más posibilidad de realizarse el tamizaje respectivamente. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

Tabla 2. Características clínicas de los varones mayores de 45 años del hospital ESSALUD II- Huánuco 2018

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Tiempo del último PSA* ($\bar{x} + DS$) en meses	(7,38 \pm 9,17)	
Tiempo del último TR** ($\bar{x} + DS$) en meses	(6,93 \pm 10,17)	
Tamizaje		
Si	257	60,60
No	167	39,40
Nivel de conocimiento		
Alto	342	80,66
Bajo	82	19,34
Actitud		
Positiva	415	97,90
Negativa	9	2,10
Percepción		
Positiva	352	83,00
Negativa	72	17,00

* PSA: antígeno prostático específico

**TR: tacto rectal

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado a los pacientes usuarios mayores de 45 años del servicio de urología- consultorio externo en el hospital ESSALUD Huánuco periodo 2018

Tabla 3. Análisis inferencial bivariado de los varones mayores de 45 años del hospital ESSALUD II-Huánuco 2018

Características	Tamizaje				p	RP	IC 95%	
	SI SE REALIZO		NO SE REALIZO				Inf	; Sup
	Número	%	Número	%				
Nivel de conocimiento								
Alto	219	64,00	123	36,00	0,003^a	1,38	1,08	1,76
Bajo	38	46,30	44	53,70				
Percepción						1,82	1,44	2,29
Positiva	221	62,80	22	32,70	0,043^a			
Negativa	36	50,00	36	50,00				
Actitud						1,84	0,73	4,64
Positiva	254	61,20	161	38,80	0,164 ^a			
Negativa	3	33,30	6	66,70				
Edad	(66,97 + 10,27)		(67,07 + 9,82)		0,94 ^b			
Grado de Instrucción								
Superior	187	62,50	112	37,50	0,016^a			
Secundaria completa	32	72,60	10	23,80				
Secundaria incompleta	23	44,20	29	55,80				
Primaria incompleta	9	50,00	9	50,00				
Primaria completa	5	41,70	7	58,30				
Sin estudios	1	100,00	0	0,00				

Estado civil

Casado	171	66,50	117	70,10	0,23 ^a
Viudo	40	15,60	30	18,00	
Soltero	25	9,70	8	4,80	
Divorciado	15	5,80	11	6,60	
Conviviente	6	2,30	1	0,60	

Ocupación

Jubilado o cesante	123	61,50	77	38,50	0,51 ^a
Trabajo independiente	80	59,30	55	40,70	
Trabajo dependiente	51	59,30	35	40,70	
Sin ocupación	3	100,00	0	0,00	

Religión

Católico	166	63,40	96	36,60	0,39 ^a
Evangélico	44	57,90	32	49,20	
Cristiano*	33	50,80	32	49,80	
No profesa ninguna religión	9	69,20	4	30,80	
Otros	5	62,50	3	37,50	

Lugar de Procedencia

Urbana	237	59,70	160	40,30	0,24 ^a	0,84	0,65	1,07
Rural	20	74,10	7	25,90				

a: Prueba Chi Cuadrado

b: Prueba U de Mann Whitney

Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado a los pacientes usuarios mayores de 45 años del servicio de urología- consultorio externo en el hospital ESSALUD Huánuco periodo 2018

Nivel de Significancia: 5%

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

EsSalud es una organización de Seguridad Social de Salud que brinda prestaciones orientadas a una población en franco proceso de envejecimiento. Atiende al 47% de la población mayor de 60 años y este porcentaje crece gradualmente llegando a atender al 59% de la población mayor de 75 años del Perú. La alta demanda de atención en enfermedades no transmisibles, porcentaje que en los mayores de 45 años supera el 90% y dentro del cual se incluyen los tumores malignos (11). Dentro de los asegurados regulares los jubilados ocupan el segundo lugar en número, ocupando el primer lugar los trabajadores activos (12). El EsSalud-II Huánuco es un hospital de referencia que atiende una población de 58441 asegurados, siendo 29542 varones y 28899 mujeres, el grupo etario mayor de 45 con más población es el de 50 a 54 años con 1409 varones y 1467 mujeres, hay un total de 7193 varones de 45 años a más (13).

El nivel de conocimiento se asoció a tamizaje de cáncer de próstata. En los estudios realizados por Arbeláez y col y Campos coincidieron con esta investigación (14,15), de igual forma el último estudio realizado en Huánuco demostró que después de la aplicación de una cartilla informativa el puntaje de prácticas del control preventivo mejoró obteniéndose diferencias estadísticamente significativas entre el grupo caso y control (16). En contraste con lo anterior Agbughi y col concluyó que el 22,4% de los encuestados conocían el PSA y solo el 4,5% se sometió a una prueba de PSA (17), en el

estudio de Nakandi y col, un gran porcentaje de los encuestados no conocía ningún método de detección temprana de cáncer de próstata (18) también Dickey y col en su estudio identificaron un pequeño porcentaje de participantes del grupo control que a pesar de no haber recibido la intervención educativa se realizaron el tamizaje de cáncer de próstata. (19). El conocimiento en este estudio se consideró como uno de los principales factores para el inicio y la continuación de los exámenes, además debido a que la población estudiada mayoritariamente conocía el tema llevó a una acción favorable para la realización del tamizaje. Por lo tanto, se encontró asociación entre el nivel de conocimiento y el tamizaje.

La percepción se asoció al tamizaje de cáncer de próstata. Pereira y col encontraron que la percepción es importante para la detección temprana ya que un 95% de hombres creen que el cáncer de próstata puede ser curado si es diagnosticado precozmente (20), en el barrio Beholdeen en Nicaragua se identificó que las percepciones que tienen los hombres puede incidir en la razón por la cual no se realizaron las pruebas de tamizaje (21) y la revisión sistemática de James y col concluyo que para la realización del tamizaje de cáncer de próstata es una decisión compleja la cual se ve influenciada por la percepción de los individuos que participaron en los estudios (22). En contraste el estudio en Ghana la mayoría de los encuestados no consideraron que el examen de cáncer de próstata fuera vergonzosa y que no dependía de ello su realización (23) y Ogunsanya y col. encontraron que a pesar de que

algunos participantes tenían creencias negativas respecto al tamizaje de cáncer de próstata, estos conocían de los beneficios de la realización temprana de los exámenes (24). Esto demuestra la importancia de las creencias y como pueden influir en la decisión de realizarse los exámenes, a veces anteponiéndose a los conocimientos o educación, por ello es necesario mayor orientación para mejorar la práctica voluntaria del tamizaje; en el presente estudio la percepción es positiva ya que las creencias erróneas acerca del tamizaje fueron mínimas. Por tanto, una percepción positiva está asociado al tamizaje.

No se encontró asociación entre actitud y tamizaje de cáncer de próstata. El estudio de Anderson y col en varones jamaquinos coincidió con nuestro estudio (25) y Nakandi y col en su estudio en Uganda obtuvo que la mayoría de hombres tienen una actitud negativa hacia la detección del cáncer de próstata por considerarla innecesaria (18). En contraste Arbeláez y col y col demostraron que si era estadísticamente significativo (14), en Arequipa se encontraron que la actitud positiva se relacionó al tamizaje (15) y en Nigeria se encontró que la mayoría de encuestados mostraron una actitud positiva hacia la detección del cáncer de próstata (26). Los resultados en esta investigación se deberían a que la mayoría de los entrevistados aceptan la realización de los exámenes por ser necesarios y porque su médico lo indica como parte de sus exámenes de rutina, a pesar de que muchas veces no

tengan una actitud positiva frente al tamizaje. Por lo tanto, encontramos que no hay asociación entre percepción y tamizaje.

Se encontró asociación entre grado de instrucción y tamizaje de cáncer de próstata. Novoa y col encontraron una diferencia estadística entre educación básica-media versus técnica-universitaria para la realización del tamizaje (27), en Medellín se encontró que los varones con escolaridad de secundaria presentaron 0,9 veces más posibilidad de tener prácticas adecuadas, en comparación con los que cursaron estudios primarios o menos (14) y Ojewola y col. concluyeron que existe asociación entre el nivel educativo y las prácticas de detección de cáncer de próstata (28). En contraste el estudio en Jamaica demostró que el grado de instrucción no se relacionaba al tamizaje (25), Abuadas y col concluyeron que existe una pobre relación entre el nivel educativo y la participación en el tamizaje (29) y Machado en su estudio demostró una resistencia al examen de tacto rectal en los diferentes niveles de escolaridad a pesar de que tenían mayor aceptación por el PSA (30). Quizá esto se deba a que los encuestados con un mayor grado de instrucción tienen un mayor acceso a la información respecto a temas para el cuidado de la salud ya sea por medios de información masiva (internet, televisión, radio, etc.) o medios escritos (periódicos, revistas, etc.) incluso la información brindada por el médico, esto mostraría una mayor probabilidad de aceptación por los exámenes de detección temprana. Por tanto, encontramos que hay asociación entre grado de instrucción y tamizaje.

CONCLUSIONES

Concluye que:

1. Se encontró asociación entre el nivel de conocimiento del tamizaje de cáncer de próstata con el tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de 45 años del servicio de urología – consultorio externo hospital ESSALUD II Huánuco-Periodo 2018.
2. Se encontró asociación entre la actitud frente al tamizaje de cáncer de próstata con el tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de 45 años del servicio de urología – consultorio externo hospital ESSALUD II Huánuco-Periodo 2018.
3. Se encontró asociación entre la percepción del tamizaje de cáncer de próstata con el tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de 45 años del servicio de urología – consultorio externo urología hospital ESSALUD II Huánuco-Periodo 2018.

SUGERENCIAS

Por lo tanto, se debe promover mayor participación por parte del personal de salud no médico para informar acerca de los riesgos y beneficios, aclarar dudas o tabúes a los varones acerca de la realización del tamizaje a partir de los 45 años ya que como se evidenció en el estudio una buena parte de los hombres no se realiza el PSA y/o tacto rectal.

LIMITACIONES

Por último, el estudio presentó algunas limitaciones en cuanto al posible sesgo de información ya que la mayoría de los encuestados tenía por lo menos un antecedente de realización de alguno de los exámenes esto indicaría que ya tenían información por parte de su médico o por investigación propia. En cuanto a la selección de la muestra, dado que los individuos estudiados fueron del ESSALUD es posible que exista un nivel cultural más alto y una mayor preocupación por el cuidado de su salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Ccama CY, Hallasi AN. Nivel de conocimientos y actitudes sobre la práctica preventiva del cáncer de próstata urbanización semi rural Pachacútec - Arequipa 2014. [tesis pre grado]. Arequipa: Universidad Nacional del Santa; 2015.91p.
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer: Datos y cifras [Internet]. EEUU: Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado el 15 abril 2018].1p. Disponible en: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
3. Sociedad Americana de Cáncer. Cáncer de próstata [Internet]. EEUU: Sociedad Americana de Cáncer; 2016 febrero 16 [Consultado el 15 abril 2018]. 30p. Disponible en: <http://cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/acerca/estadisticas-clave.html>
4. Navio PF, Fajardo AW. Comparación entre tacto rectal y antígeno prostático específico, con biopsia en cáncer de próstata, Hospital Dos De Mayo: 2007-2016. Revista Médica Carriónica. 2017; 4 (1):83-102.
5. Tapuy CM. Conocimientos del sector masculino sobre los métodos de diagnóstico de cáncer de próstata en la comunidad de Nambija. [Tesis pre grado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2016.65p.
6. Ministerio de Salud. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú 2013. [Internet]. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2013 [Consultado el 16 abril 2018]. 108p. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
7. Gobierno Regional Huánuco. Análisis de la Situación de salud del departamento de Huánuco 2016. [Internet]. Huánuco: Dirección Regional de Salud Huánuco, 2016 [Consultado el 20 abril 2018]. 83p. Disponible en: http://dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_huanuco.pdf

8. Pereira PE, Salvador DM, Harter GR. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2011; 19(1): 8p.
9. Novoa C, Anguita C, Badilla OS, Aliaga A, Reyes D. Nivel educacional como determinante en tamizaje de cáncer de próstata. *Rev Med Chile*. 2014; 142:1136-41
10. Ministerio de Salud. Últimas normas del servicio de salud Colombia. [Internet]. Colombia: Dirección general de promoción y prevención, 2008 [Consultado el 01 abril de 2018]. 90p. Disponible en: http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Res412_00.htm
11. Timana RR et al. Costo De Cáncer De Próstata En Los Establecimientos Hospitalarios Del Perú. *Value in Health*. 2015; 18(7): A819
12. Crawford ED, Black L, Eaddy M, Kruep EJ. A retrospective analysis illustrating the substantial clinical and economic burden of prostate cancer. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2010;13(2):162-7
13. Ramos C, Fulla OJ, Mercado CA, MSC, PHD. Detección precoz de cáncer de próstata: Controversias y recomendaciones actuales. *Rev Med Clin. Condes*. 2018; 29(2) 128-35
14. Fajardo ZA. Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años. [Tesis post grado]. Colombia; 2016: Fundación Universitaria del Área Andina; 2015.116p.
15. Navarro E, Lechuga JA, Menoyo GD, Navarro DC, Ruiz LM, Serpa AM. Factores asociados al no uso de tamizaje para cáncer de próstata en hombres de 40 o más años de los barrios La Paz, La Manga y El Pueblo, del suroccidente de Barranquilla, durante el primer semestre de 2009. *Rev Colomb Cancerol*. 2009; 13(4):221-5.
16. Ampuero UL. Romero GE. Actitud relacionada con el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer de próstata en usuarios del consultorio de urología del hospital Eleazar Guzmán

- Barrón, nuevo Chimbote – 2014 [tesis pre grado]. Chimbote: Universidad Nacional del Santa; 2015.102p.
17. Campos VA. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa 2014 [tesis]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2014.103p.
 18. Villar CE et al, efectividad de cartilla informativa en conocimiento y control preventivo de cáncer de próstata en adultos mayores del Comité Local de Administración en Salud - CLAS Pillco Marca – Huánuco, 2016. [tesis pre grado]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2016.100p.
 19. Palta MA. Determinantes de examen oportuno de próstata en los usuarios del centro de salud Aguador, Cantón Machala 2016-2017. [Tesis pre grado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017.102p.
 20. Rivero A, Berríos, R. El cáncer de próstata y la construcción social de la masculinidad en Puerto Rico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1), 164-90.
 21. Pow-Sang M, Huamán MA. Retos para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(1):124-8.
 22. Livingston P, Cohen P, Frydenberg M, Borland R, Reading D, Clarke V, et al. Knowledge, attitudes and experience associated with testing for prostate cancer: a comparison between male doctors and men in the community. *Intern Med*. 2002;32(5-6):215-23.
 23. Tourville AE, Nguyen MM. Prostate cancer detection by using digital rectal examination: contemporary practice patterns in the United States. *Clin Genitourin Cancer*. 2013; 11(3):263-9.
 24. Novoa BC, Aliaga DA, Badilla OS, Reyes OD. Realidad actual del screening para cáncer de próstata. ¿Se llevan a cabo las recomendaciones? *Rev Chil Urol*. 2013;78(4):27-31

25. Zevallos SE, Villcas VR. Cribado oportunista, estrategia de prevención primaria y secundaria contra el cáncer de próstata en Lima-Perú. *Rev Med Hered.* 2016; 27:190-2
26. Medina QJ. Nivel de conocimiento de prevención del cáncer y su relación con los estilos de vida en los estudiantes de educación de la UNJBG Tacna-2012. [tesis pre grado]. Tacna; Universidad nacional Jorge Basadre Grohmann; 2012. 110p
27. Moore LK, Dalley FA, Agur RA. Anatomía con orientación clínica. 6ª. ed. España: Panamericana; 2010.
28. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Instituto Nacional de Cancerología ESE-Sociedad Colombiana de Urología. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata. Colombia. 2013. 717p
29. Pinzón JA. ¿Screening o tamizaje? *Acta Med Colomb.* 2012; 37(1):1
30. Arbeláez RJ, Montealegre HN. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2012; 30: 3
31. Muñoz AM, Sossa PL, Jairo OJ, Grisales A, Rodríguez GJ. Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. Santa Rosa de Cabal, 2010. *Revista Hacia la Promoción de la Salud.* 2011; 16 (2): 147-61
32. Matamoros QW. Posición de la Sociedad Colombiana de Urología sobre el tamizaje con PSA. *Revista Urología Colombiana.* 2011; 20(3): 13-4
33. Díaz GE. Antígeno Prostático Específico (PSA, APE) [Internet]. Bogotá: Díaz GE; c1994-2018 [Consultado 19 de mayo 2018; citado 19 de mayo 2018] Disponible en: <http://drgdiaz.com/eco/prostata/psa.shtml>

34. Portilla FI, Alsina SS, Barroso AM, Chi RD. Comportamiento del antígeno prostático específico en pacientes con cáncer de próstata. *Rev cubana Oncol*, 2000; 16(1): 9-12
35. Jara RJ, Subirá RD, Lledó GE, Martínez SJ, Moncada II, Hernández FC. Evaluación del antígeno específico prostático (PSA) ajustado al volumen de la zona transicional en la detección del cáncer de próstata. *Actas Urol Esp*. 2005; 29 (5): 485-92
36. Bunge M. *La Ciencia, su método y su Filosofía*. 1ª ed. Buenos Aires: Siglo veinte; 1960.
37. Rojas RL. Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas del cáncer prostático, usuarios del consultorio externo de medicina, hospital regional virgen de Fátima, Chachapoyas-2015 [tesis]. Amazonas: Universidad nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Facultad de Ciencias de la Salud; 2016. 68p
38. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 23ª ed. Madrid: Espasa; 2014.
39. Issuu. [Internet]. EE. UU: Baltazar LA: c2014-2018. Guía de elaboración y validación de instrumentos; [Consultado 06 de agosto 2018; citado 06 de agosto 2018] Disponible en: http://issuu.com/rosasantamariaoyolaquispe/docs/informe_de_valiacion_x_juicio_de_e.
40. BioDic. [Internet]. España: Biodic; 2018. Actitud; [Consultado 22 de abril 2018; citado 22 de abril 2018] Disponible en: <http://https://www.biodic.net/?s=actitud>
41. QuestionPro. [Internet]. EEUU: QuestionPro; c2002-2018. ¿Qué es la escala de Likert y como utilizarla?; [Consultado 29 de abril 2018; citado 29 de abril 2018] Disponible en: <http://www.questionpro.com/blog/es/que-es-la-escala-de-likert-y-como-utilizarla/>
42. Gobierno del Perú. [Internet]. Perú: Gobierno del Perú; 2018. Identidad, Nacimiento, Matrimonio y Defunción; [Consultado 14 de mayo 2018; citado 14 de mayo 2018] Disponible en:

<http://www.gob.pe/232-modificar-datos-del-dni-rectificar-estado-civil-en-lima>

43. Características del proceso de retorno y reasentamiento de la población desplazada. [Internet]. Perú: INEI; 2018. Definiciones y conceptos utilizados en la encuesta; [Consultado 14 de mayo 2018; citado 14 de mayo 2018]; Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0017/ANEX2.htm>
44. MINEDU. [Internet]. Perú: Diario El Peruano; c2003-2018. Ley general de educación. Ley N° 28044; [Consultado 14 de mayo; citado 14 de mayo 2018] Disponible en: http://www.minedu.gob.pe/p/ley_general_de_educacion_28044.pdf.
45. Essalud. Plan Estratégico Institucional 2017 – 2021. [Internet]. Lima: EsSalud portal del seguro social del Perú, 2017 [Consultado el 27 octubre 2018]. 113p. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_estrategico_institucional_2017_2021.pdf
46. Essalud. Plan Operativo Institucional 2018. [Internet]. Huánuco: Essalud, 2018 [Consultado el 29 diciembre 2018]. 233p. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/poi/POIDESAGREGADO2018.pdf>
47. Red Asistencial Essalud II Huánuco. Sistema de gestión en Salud 2018. Reporte estadístico en atención semestral del año 2018.
48. Agbugui O, Obarisiagbon O, Nwajei O, et al. Awareness and knowledge of prostate cancer among men in Benin city, Nigeria. 2013. J Med Biomed Res, 12, 42-7.
49. Nakandi H, Kirabo M, Semugabo C, et al. Knowledge, attitudes and practices of Ugandan men regarding prostate cancer. 2013. Afr J Urol, 19, 165-70.
50. Dickey L, Whitmore A, Campbell E. The Relation among Prostate Cancer Knowledge and Psychosocial Factors for Prostate Cancer

- Screening among African American Men: A Correlational Study. USA. AIMS Public Health. 2017; 4(5): 446-65.
51. Hodgson E, Kandler K. Hombres creole y cáncer de próstata en Bluefields, Costa Caribe Sur de Nicaragua. Ciencia e interculturalidad. 2016;20 (1):66-76
 52. James J, Germaine W, Craig J, Hanson S, Ju A, Howard K, et al. Men's perspectives of prostate cancer screening: A systematic review of qualitative studies. PLOS ONE. 2017; 12(11):1-23
 53. Yeboah B, Yirenya D, Baafi D, Ackumey M. Perceptions and knowledge about prostate cancer and attitudes towards prostate cancer screening among male teachers in the Sunyani Municipality, Ghana. African Journal of Urology. 2017; 23 (3): 184-91
 54. Ogunsanya M, Brown C, Odedina F, Barner J, Corbell B, Adedipe T. Beliefs Regarding Prostate Cancer Screening Among Black Males Aged 18 to 40 Years. American Journal of Men's Health. 2017; 11 (1): 41-53
 55. Anderson T, Wallace T, Aung M, Jolly E. Prostate Cancer Knowledge, Attitudes and Screening Practices among Men in Western Jamaica. West Indian Med J 2016; 65 (1): 67-77
 56. Adibe O, Aluh O, Isah A, Anosike C. Knowledge, Attitudes and Perceptions of Prostate Cancer among Male Staff of the University of Nigeria. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2017; 18(7): 1961-66
 57. Ojewola R, Sofela E, Balogun O, Olatunde E, Opeyemi T, Omotola O, et al. Knowledge, attitudes and screening practices regarding prostatic diseases among men older than 40 years: a population-based study in Southwest Nigeria. Pan Afr Med J. 2017; 27:151.
 58. Abuadas H, Petro W, Albikawi F. Predictors of Participation in Prostate Cancer Screening among Older Men in Jordan. Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(13): 5377-83.

59. Machado R, Dutra L, Leite G, Macêdo A. Nível de aceitabilidade dos Homens quanto a realização do Exame do Toque Retal e PSA (Antígeno Prostático Específico). RESMA. 2018; 6(1): 81-88.

ANEXO 1: PLAN DE TRABAJO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN											
ACTIVIDADES	Tiempo 8 meses: Desde el 09 de Abril del 2018 hasta Noviembre del 2018										
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Determinación del tema de estudio											
Revisión Bibliográfica											
Construcción del proyecto de investigación											
<input type="checkbox"/> Título											
<input type="checkbox"/> Situación Problemática											
<input type="checkbox"/> Planteamiento del problema											
<input type="checkbox"/> Marco teórico											
<input type="checkbox"/> Hipótesis											
<input type="checkbox"/> Justificación											
<input type="checkbox"/> Objetivos											
<input type="checkbox"/> Diseño											
<input type="checkbox"/> Muestreo											
Elaboración de instrumentos											
Prueba piloto de validación											
Recolección de Datos											
Procesamiento y Análisis de Datos											
<input type="checkbox"/> Procesamiento											
<input type="checkbox"/> Análisis											
<input type="checkbox"/> Interpretación											
Construcción del Informe final											

FUENTE: Elaboración propia

ANEXO 2: OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES								
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	INDICADOR	FUENTE
PERCEPCIÓN DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE PROSTATA	Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos	Percepción de susceptibilidad	Percepción de propensión a sufrir cáncer de próstata que será medida con el cuestionario	Cualitativa	Nominal	Percepción positiva: 8 - 14 puntos Percepción negativa: 0 - 7 puntos	Puntaje obtenido en el cuestionario	Cuestionario
		Percepción acerca de la enfermedad	Percepción de la etiología del cáncer de próstata que será medida con el cuestionario	Cualitativa	Nominal			
		Percepción de severidad	Percepción de la severidad de la enfermedad	Cualitativa	Nominal			
		Percepción sobre las pruebas diagnósticas	Percepción de beneficios y barreras que les impide a los hombres hacerse examinar la próstata que será medida con el cuestionario	Cualitativa	Nominal			

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL TAMIZAJE DE CÁNCER DE PRÓSTATA	Abstracciones o saberes que tienen los usuarios sobre el tamizaje de cáncer de próstata	Nivel de conocimientos de los exámenes de tamizaje	Conocimiento sobre el PSA y el tacto rectal medidos con el cuestionario.	Cualitativa	Ordinal	Nivel de conocimiento alto: 8-15 puntos Nivel de conocimiento bajo: 0-7 puntos	Puntaje obtenido en el cuestionario	Cuestionario
		Nivel de conocimientos de la importancia	Conocimiento sobre la importancia de la realización de examen que será medida con el cuestionario.	Cualitativa	Ordinal			
		Nivel de conocimientos de los factores de riesgo para cáncer de próstata	Conocimiento sobre los principales factores de riesgo para cáncer de próstata, será medida con el cuestionario.	Cualitativa	Ordinal			
		Nivel de conocimientos de cáncer de próstata	Conocimientos generales sobre cáncer de próstata, será medida con el cuestionario.	Cualitativa	Ordinal			

ACTITUD FRENTE AL TAMIZAJE DE CANCER DE PROSTATA	Característica relativamente estable que predispone a adoptar cierto comportamiento (forma de actuar de la persona)	Actitud frente a la información de tamizaje de cáncer de próstata	Comportamiento de la persona frente a la información del tamizaje de cáncer de próstata mediante el puntaje alcanzado en el cuestionario.	Cualitativa	Nominal	ACTITUD POSITIVA: 36 - 70 PUNTOS ACTITUD NEGATIVA: 14 - 35 PUNTOS	Puntaje obtenido en la escala de Likert	Cuestionario
		Actitud frente al tamizaje de cáncer de próstata	Comportamiento de la persona frente al tamizaje de cáncer de próstata mediante el puntaje alcanzado en el cuestionario.	Cualitativa	Nominal			Cuestionario
TAMIZAJE DE CANCER DE PROSTATA	Método de detección temprana cuyo objetivo es descubrir cáncer de próstata antes que aparezca algún síntoma.	Realización del examen de tacto rectal	Realización del examen de tacto rectal será medida con la respuesta en el cuestionario	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si se realizó el tacto rectal No se realizó el tacto rectal	Respuesta obtenida en el cuestionario	Cuestionario
		Realización del PSA	Realización del PSA será medida con la respuesta en el cuestionario	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si se realizó el PSA No se realizó el PSA		
		Frecuencia	Frecuencia del tamizaje de cáncer de próstata será medido con la respuesta en el cuestionario	Cuantitativa	razón			

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Grado más alto de instrucción realizados o en curso	Nivel de estudio	grado más alto de instrucción realizado o en curso	Cualitativa ordinal politómica	Ordinal	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior Sin estudios	Certificado de estudios o lo que refiere en la entrevista	Cuestionario
RELIGIÓN	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad		Conjunto de creencias religiosas de los pacientes de consultorio externo de urología	Cualitativa Nominal Politómica	Nominal	Católica Cristiana Evangélica Otros No profesa ninguna religión	Religión que profesa al momento de la entrevista	Cuestionario
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo		Diferencia entre la fecha actual menos la fecha de nacimiento	Cuantitativa Continua	Nominal	Años	Años cumplidos al momento de la entrevista	DNI
LUGAR DE PROCEDENCIA	Origen, principio de donde nace o se deriva algo		Zona donde reside actualmente	Cualitativa dicotómica	Nominal	Urbana Rural	Lugar donde vive al momento de la entrevista	Cuestionario
ESTADO CIVIL	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.		Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Cualitativa politómica	Nominal	Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo	DNI	RENIEC

FUENTE: Elaboración propia

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nivel de conocimiento, actitud y percepción asociado al tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de 45 años del servicio de urología - consultorio externo en el hospital ESSALUD II Huánuco-periodo 2018.

INTRODUCCIÓN: Usted ha sido invitado a participar en este estudio, antes que decida participar usted necesita tener información para que decida su participación voluntaria en el mismo.

Su decisión de participar o no en este estudio, no afectará el servicio (atención médica) que se le brinde.

PROPOSITO DEL ESTUDIO:

Esta investigación tiene como fin determinar los factores que influyen en el tamizaje de cáncer de próstata. Para lo cual se cuenta con un cuestionario que está conformado de 54 preguntas.

PROCEDIMIENTOS:

Se entrevistara a cada paciente aproximadamente 15 minutos usando el cuestionario el cual está dividido en 4 partes; la primera conformada por 11 preguntas donde se preguntan datos personales y acerca del tamizaje de cáncer de próstata, la segunda conformada por 15 preguntas en ellas se evaluará el conocimiento del tamizaje de cáncer de próstata, la tercera conformada por 14 preguntas donde se determinará la percepción y la cuarta conformada por 14 preguntas donde se evaluará la actitud hacia el tamizaje.

POSIBLES BENEFICIOS: Serán para la comunidad científica puesto que obtendremos información sobre los factores que determinan el tamizaje de cáncer de próstata.

POSIBLES RIESGOS / MOLESTIAS: No existe riesgo alguno al participar en este estudio ya que no afectará su integridad física, para dar seguridad a nuestros participantes no se consignarán los nombres y apellidos. Pero alguna pregunta del cuestionario tal vez le resulte molesto o incomodo contestar.

DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO: Usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna penalidad, también tiene derecho a no contestar preguntas que le resulten incomodas. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comunicarse con los investigadores responsables. Si firma este

documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

CONFIDENCIALIDAD: Al participar en este estudio usted lo hare de **forma anónima** y los datos que usted brindo serán exclusivamente manejados por los investigadores.

INVESTIGADORES RESPONSABLES: Usted se puede poner en contacto

Nombres y apellido	teléfono	dirección
CHAMORRO JIMENEZ Lizeth Madeleine	949453793	Pasaje Miraflores nº254 Pillcomarca
LANAZCA DE LA CRUZ Cynthia	947306191	Jr. Javier Pulgar Vidal Mz C lote 3- Pillcomarca

FIRMAS

Si usted voluntariamente está de acuerdo en participar en este estudio es necesario su firma en este documento, en presencia de un testigo.

NOMBRE: _____
FIRMA

NOMBRE: _____
FIRMA

ANEXO 4
DECLARACION DEL INVESTIGADOR

Yo.....Certifico que este estudio ha sido explicado (o al paciente arriba indicado), quién ha comprendido el propósito del mismo, los posibles riesgos y beneficios y que en el momento que lo desee puede comunicarse conmigo.

NOMBRE: _____

FIRMA

FECHA: / /

Anexos

- Instrumentos de recolección de la información, tal como: cuestionario
- Otros documentos, materiales y metodologías que se empleen en la investigación.

ANEXO 5 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO N°: _____ **FECHA:** _____

PRESENTACIÓN: El presente cuestionario es personal y confidencial, de uso exclusivo del investigador que nos permitirá obtener información de interés acerca de la investigación titulada “Nivel de conocimiento, actitud y percepción asociado al tamizaje de cáncer de próstata en usuarios mayores de 45 años del servicio de urología - consultorio externo en el hospital ESSALUD II Huánuco-periodo 2018”, el objetivo de este estudio es conocer la relación entre el nivel de conocimiento, actitud y percepción sobre tamizaje de cáncer de próstata.

INSTRUCCIONES: A continuación, se le presenta una serie de preguntas sobre datos demográficos, por lo cual solicitamos su colaboración de la cual estaremos muy agradecidos, lea detenidamente cada pregunta y marque la respuesta con una (X) (Sólo una respuesta para cada pregunta).

DATOS GENERALES

1. EDAD: _____ **AÑOS**

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- | | |
|--------------------------|-----|
| a. Primaria completa | (1) |
| b. Primaria incompleta | (2) |
| c. Secundaria completa | (3) |
| d. Secundaria incompleta | (4) |
| e. Superior | (5) |
| f. Sin estudios | (6) |

3. ESTADO CIVIL

- | | |
|----------------|-----|
| a. Soltero | (1) |
| b. Casado | (2) |
| c. Divorciado | (3) |
| d. Viudo | (4) |
| e. Conviviente | (5) |

4. OCUPACIÓN

- | | |
|--------------------------|-----|
| a. Trabajo dependiente | (1) |
| b. Trabajo independiente | (2) |
| c. Jubilado o cesante | (3) |
| d. Sin ocupación | (4) |

5. RELIGION

- a. Católica (1)
- b. Cristiana (2)
- c. Evangélica (3)
- d. Otros (4)
- e. No profesa ninguna religión (5)

6. LUGAR DE PROCEDENCIA

- a. Urbana (1)
- b. Rural (2)

7. ¿Se hizo el examen de tacto rectal?

- a. Si (1)
- b. No (0)

8. ¿Se hizo el examen de PSA?

- a. Si (1)
- b. No (0)

9. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo PSA? _____**10. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo tacto rectal? _____**

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA

A continuación, encontrará unas preguntas acerca de cuanto conoce del examen de próstata y la prevención de cáncer de próstata. Le agradeceremos nos responda su opinión marcando con un aspa (X) en una sola alternativa que considere expresa mejor su punto de vista. No hay buena ni mala ya que todas son opiniones.

ITEMS		SI	NO
1	¿Conoce de algún examen para el diagnóstico de cáncer de próstata?		
2	¿El tacto rectal es palpar (tocar) digitalmente la próstata a través del recto?		
3	¿El antígeno prostático específico (PSA) es una prueba en sangre?		
4	¿La realización del antígeno prostático específico (PSA) y tacto rectal son importantes para la detección de cáncer de próstata?		
5	¿Es suficiente el tacto rectal para detectar el cáncer de próstata?		

6	¿Es suficiente el antígeno prostático específico (PSA) para detectar el cáncer de próstata?		
7	¿A mayor edad usted tiene más riesgo de tener cáncer de próstata?		
8	¿Los varones afroamericanos tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de próstata por su raza?		
9	¿Si sus familiares (papá, hermanos) tuvieran cáncer de próstata, usted podría tener cáncer de próstata?		
10	¿Si tuviera/ tiene familiares (papá, hermanos), el antígeno prostático específico (PSA) y el tacto rectal deben realizarse a partir de los 45 años?		
11	¿Si al realizarse el antígeno prostático específico (PSA) y el tacto rectal salieron normales es necesario realizarse controles anuales?		
12	¿Usted conoce los síntomas de cáncer de próstata?		
13	¿En el cáncer de próstata puede observarse sangre en orina?		
14	¿El cáncer de próstata produce dolor, ardor o molestias al orinar?		
15	¿El cáncer de próstata avanzado puede afectar a otros órganos como hueso, pulmón, etc.?		

FUENTE: Elaborado por las investigadoras usando la tesis de Campos AM. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa 2014 [tesis]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. Facultad de Medicina Humana; 2014

CUESTIONARIO: PERCEPCIÓN SOBRE TAMIZAJE DE CÁNCER DE PROSTATA

A continuación, encontrará unas preguntas acerca de la percepción (creencias) acerca del examen de próstata y la prevención de cáncer de próstata. Le agradeceremos nos responda su opinión marcando con un aspa en una sola alternativa que considere expresa mejor su punto de vista. No hay buena ni mala ya que todas son opiniones.

	ITEMS	SI (1)	NO (0)
1	¿Es muy importante prevenir el cáncer de próstata?		
2	¿Cree que el fumar te puede producir cáncer de próstata?		
3	¿El tener múltiples parejas sexuales produce cáncer de próstata?		
4	¿Cree que si se detecta tempranamente el cáncer de próstata es curable?		

5	¿Cree que el cáncer de próstata lo podría llevar a la muerte?		
6	¿Cree que el antígeno prostático específico (PSA) y el tacto rectal ayudaran a prevenir el cáncer?		
7	¿Cree que el antígeno prostático específico (PSA) y el tacto rectal le ayudaran al diagnóstico y tratamiento oportuno?		
8	¿Prefiere hacerse el examen del antígeno prostático específico (PSA) a un examen de tacto rectal?		
9	¿El tacto rectal es un examen que le produce miedo, porque le pueden decir que tiene cáncer?		
10	¿Cree que el tacto rectal amenaza su masculinidad?		
11	¿El tacto rectal es un examen que le produce mucha vergüenza?		
12	¿Le parece incómodo el tacto rectal, pero hay que hacerlo?		
13	¿Le parece incómodo el tacto rectal y no cree que haya necesidad de hacerlo?		
14	¿Cree que el tacto rectal le agrede y le pueden lastimar?		

FUENTE: Elaborado por las investigadoras usando la tesis de Fajardo Zapata A, Jaimes Monroy G. Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años. [Tesis pre grado]. Colombia; 2016

CUESTIONARIO: ACTITUD SOBRE TAMIZAJE DE CÁNCER DE PROSTATA

A continuación, encontrará unas preguntas acerca de la actitud sobre el examen de próstata y la prevención de cáncer de próstata. Le agradeceremos nos responda su opinión marcando con un aspa (X) en una sola alternativa que considere expresa mejor su punto de vista. No hay buena ni mala ya que todas son opiniones.

	ITEMS	ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (1)	ESTOY EN DESACUERDO (2)	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO (3)	DE ACUERDO (4)	TOTALMENTE DE ACUERDO (5)
1	¿Es importante realizarse tacto rectal?					
2	¿Acepta realizarse el tacto rectal una vez al año?					

3	¿Es importante realizarse el antígeno prostático específico (PSA)?					
4	¿Acepta realizarse el antígeno prostático específico (PSA) una vez al año?					
5	¿Sólo se realizaría el tacto rectal y el antígeno prostático específico (PSA) si presenta síntomas?					
6	¿No se realiza tacto rectal ni antígeno prostático específico (PSA) por falta de información?					
7	¿Sólo aceptaría realizarse tacto rectal si presenta síntomas severos?					
8	¿Se realiza el tacto rectal y el antígeno prostático específico (PSA) por iniciativa propia para la detección temprana de cáncer de próstata?					
9	¿Recomienda a otros varones a realizarse el tacto rectal y el antígeno prostático específico (PSA)?					
10	¿Se realizaría el tacto rectal y el antígeno prostático específico (PSA) si el médico le informa?					
11	¿Si el médico le indica la realización del antígeno prostático específico (PSA) y tacto rectal usted lo haría?					
12	¿Está dispuesto a asistir a charlas sobre tamizaje de cáncer de próstata?					
13	¿La explicación que brindan los profesionales de la salud motiva a realizarme el tacto rectal y antígeno prostático específico (PSA)?					
14	¿Luego del examen acude a consulta para recoger sus resultados?					

FUENTE: Elaborado por las investigadoras usando la tesis de Campos AM. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes de detección temprana del cáncer de próstata en varones mayores de 40 años trabajadores de la Región Policial Arequipa 2014 [tesis]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. Facultad de Medicina Humana; 2014

NOTAS BIOGRÁFICAS

LIZETH MADELEINE CHAMORRO JIMENEZ

Nació el 05 de agosto de 1993 en la ciudad de Cerro de Pasco, de la región Pasco. Cursó sus estudios de primaria en la institución educativa Zoila Amoreti de Odría y estudios secundarios en la institución educativa Ricardo Palma. Inició sus estudios universitarios en la EP de Medicina Humana de la UNHEVAL en el año 2011. Realizó el internado médico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del 1ro de enero del 2019 al 31 de diciembre del 2019.

CYNTHIA LANAZCA DE LA CRUZ

Nació el 29 de setiembre de 1988 en la ciudad de Huancayo, de la región Junín. Cursó sus estudios de primaria en la institución educativa Isabel La Católica y estudios secundarios en la institución educativa Nuestra Señora del Rosario. Inició sus estudios universitarios en la EP de Medicina Humana de la UNHEVAL en el año 2011. Realizó el internado médico en el Hospital Sergio E. Bernales del 1ro de enero del 2019 al 31 de diciembre del 2019.