Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana

Relación entre nivel de conocimientos de cáncer de próstata y realizarse la prueba PSA en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa-2026

Tesis presentada por:

Contreras Tinta, Mayra Mariajose

ORCID: 0009-0001-4713-4271

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Sapaico Del Castillo, César Augusto

ORCID: 0000-0001-8083-1506

Arequipa-Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 31 de Julio del 2026

Dictamen: 018231-C-EPMH-2026

Visto el borrador del expediente 018231, presentado por:

2019830082 - CONTRERAS TINTA MAYRA MARIAJOSE

Titulado:

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA Y REALIZARSE LA PRUEBA PSA EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA-2026

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

25790728 - MORON ESCOBAR HERNAN DAVID
DICTAMINADOR

29377472 - ALVAREZ VERA JUAN CARLOS
DICTAMINADOR

71322401 - SALAZAR ARENAS MIGUEL ANGEL
DICTAMINADOR

RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA Y REALIZARSE LA PRUEBA PSA EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA-2026

INFORME DE ORIGINALIDAD

11%	12%	1%	7%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	5%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unj.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.umariana.edu.co Fuente de Internet	1%
5	erepository.mku.ac.ke Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unach.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas	Apagado	Excluir coincidencias	< 1%
Excluir bibliografía	Apagado		

Dedicatoria

A mi mamá, quien, aunque ya no está físicamente conmigo, sigue acompañándome en cada paso de mi vida. Este logro está dedicado principalmente a ti, porque fuiste mi mayor fuerza, mi ejemplo y mi impulso para seguir adelante incluso en los momentos más difíciles. Gracias por todo el amor, la sabiduría y las enseñanzas que dejaste en mí; por haberme enseñado a perseverar y por haber confiado siempre en mis capacidades. Te extraño todos los días y sé que, de alguna manera, sigues cuidándome y guiándome desde donde estés. Este sueño cumplido también es tuyo.

A mi papá, por haber estado presente y acompañarme a su manera durante todo este proceso. Aunque muchas veces no comprendiera del todo lo que implicaba esta carrera, siempre intentó apoyarme y permanecer cerca en esta etapa tan importante de mi vida.

A mis hermanos, Mauricio y Adriano, por estar presentes en distintos momentos de este camino y formar parte de mi vida.

Y a todas las personas que me acompañaron durante esta etapa, porque cada experiencia, cada dificultad y cada aprendizaje me permitieron llegar hasta aquí y convertirme en la persona que soy hoy.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que me acompañaron durante este camino y que hicieron posible culminar esta etapa tan importante de mi vida.

A mi papá, gracias por preocuparte siempre por mí y por acompañarme durante este proceso desde la manera en que supiste hacerlo. Aunque muchas veces esta carrera pudiera parecer lejana o difícil de comprender, valoro profundamente tu presencia, tu preocupación constante y el esfuerzo por estar ahí en los momentos importantes.

A mi familia, gracias por acompañarme a lo largo de esta etapa y por estar presentes de distintas maneras durante este camino. Su compañía y apoyo fueron parte importante de este proceso.

A mis amigos, gracias por convertirse en una parte indispensable de este proceso. Muchas veces, cuando el cansancio, la presión y el miedo parecían sobrepasarme, ustedes fueron quienes me sostuvieron, me escucharon y me ayudaron a seguir adelante. Gracias por cada conversación, cada consejo, cada momento compartido y cada gesto de apoyo que hizo más llevaderos los días difíciles.

En especial, agradezco a Kathia, Mauricio, Joaquín, Carmen, Aldair y Giampierre, por estar presentes de una manera tan genuina y significativa en mi vida. Gracias por acompañarme incluso en mis días más difíciles, por hacerme sentir comprendida y por recordarme constantemente que no estaba sola. Haber coincidido con ustedes en esta etapa fue, sin duda, uno de los regalos más valiosos que me dejó la carrera.

A todas las personas que formaron parte de mi formación académica y humana, gracias por cada enseñanza y experiencia compartida, porque cada una de ellas contribuyó a mi crecimiento personal y profesional.

Este trabajo representa años de esfuerzo, perseverancia y aprendizaje, y hoy puedo mirar atrás con gratitud por todo lo vivido.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer de próstata y la predisposición a realizarse la prueba de antígeno prostático específico (PSA) en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa–2026. Se desarrolló una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, nivel correlacional y diseño no experimental, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 137 pacientes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado de 11 ítems, de los cuales 10 evaluaron el conocimiento sobre cáncer de próstata y uno valoró la predisposición a realizarse la prueba PSA. Los resultados mostraron que predominó el nivel de conocimiento medio, con el 37,2 %, seguido del nivel bajo, con el 36,5 %, y del nivel alto, con el 26,3 %. Asimismo, el 58,4 % de los participantes no presentó predisposición hacia la realización del PSA, mientras que el 41,6 % manifestó predisposición favorable. Se encontró una relación estadísticamente significativa y de magnitud moderada entre el nivel de conocimiento y la predisposición hacia la prueba ($\chi^2 = 22{,}532$; gl = 2; $p < 0{,}001$; V de Cramer = 0,406). En el análisis multivariado, después de ajustar por edad, nivel educativo y ocupación, los pacientes con conocimiento alto presentaron mayores posibilidades de mostrar predisposición que aquellos con conocimiento bajo (ORa = 23,55; IC 95 %: 6,88–80,63; $p < 0{,}001$). Se concluyó que el nivel de conocimiento se asoció significativamente con la predisposición a realizarse la prueba PSA.

Palabras clave: conocimiento, cáncer de próstata, antígeno prostático específico (PSA).

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between the level of knowledge about prostate cancer and the predisposition to undergo prostate-specific antigen (PSA) testing among patients aged 40 years and older treated at the Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa–2026. A quantitative, applied, correlational study with a non-experimental, observational, and cross-sectional design was conducted. The sample consisted of 137 patients selected through non-probability convenience sampling. Data were collected using a structured 11-item questionnaire, of which 10 items assessed knowledge about prostate cancer and one item evaluated predisposition to undergo PSA testing. The results showed that a medium level of knowledge predominated, accounting for 37.2% of the participants, followed by a low level at 36.5% and a high level at 26.3%. Furthermore, 58.4% of the participants showed no predisposition to undergo PSA testing, whereas 41.6% reported a favorable predisposition. A statistically significant and moderate association was found between the level of knowledge and predisposition toward PSA testing ($\chi^2 = 22.532$; df = 2; $p < 0.001$; Cramér's V = 0.406). In the multivariable analysis, after adjustment for age, educational level and occupation, patients with a high level of knowledge had greater odds of showing a favorable predisposition than those with a low level of knowledge (aOR = 23.55; 95% CI: 6.88–80.63; $p < 0.001$). It was concluded that the level of knowledge was significantly associated with predisposition to undergo PSA testing.

Keywords: knowledge, prostate cancer, prostate-specific antigen (PSA).

ÍNDICE

DEDICATORIA
AGRADECIMIENTOS
RESUMEN
ABSTRACT
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO 3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 4
1.1. Determinación del Problema 4
1.2. Enunciado del Problema 10
1.3. Descripción del Problema 10
1.3.1. Área del Conocimiento 10
1.3.2. Análisis y operacionalización de variables e indicadores 11
1.4. Justificación del Problema 13
1.4.1. Justificación Científica 13
1.4.2. Justificación Social 13
1.4.3. Justificación Contemporánea 13
1.5. Interrogantes de la investigación 14
1.5.1. Interrogante general 14
1.5.2. Interrogantes básicas 15
1.6. Tipo de Investigación 15
1.7. Nivel de Investigación 15
1.8. Diseño de investigación 15
2. OBJETIVOS 16
2.1. Objetivo general 16
2.2. Objetivos específicos 16
3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL 16
3.1. Revisión de Antecedentes Investigativos 16
3.1.1. A Nivel Internacional 16
3.1.2. A Nivel Nacional 18
3.1.3. A nivel local 19
3.2. Conceptos Básicos 21
3.2.1. Cáncer de próstata 21
3.2.2. Conocimiento General Sobre Cáncer de Próstata 21

3.2.3. Signos y Síntomas 21
3.2.4. Factores de Riesgo 21
3.2.5.-Detección Oportuna 22
3.2.6. Prueba PSA 22
3.2.7.-Predisposición a Realizarse el Examen de PSA 22
3.3. Bases teóricas 23
3.3.1. Modelo de Creencias en Salud 23
3.3.2. Teoría del Comportamiento Planificado 23
3.3.2.1. Actitud hacia la conducta 24
3.3.2.2. Norma subjetiva 24
3.3.2.3. Control conductual percibido 25
3.3.2.4. Aplicación de la teoría al contexto del PSA 25
3.3.2.5. Aplicación de la TPB en el tamizaje de cáncer 25
3.3.2.6. Integración con el Modelo de Creencias en Salud 26
4. HIPÓTESIS 28
4.1. Hipótesis 28
4.2. Hipótesis nula 28
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL 29
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN 30
1.1. Técnicas 30
1.2. Instrumentos 30
1.3. Materiales de Verificación 30
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN 31
2.1. Ámbito 31
2.2. Temporalidad 31
2.3. Unidades de Estudio 31
2.4. Ubicación Espacial 31
2.4.1. Población 31
2.4.2. Muestra 32
2.5. Criterios de Selección 33
2.5.1. Criterios de Inclusión 33
2.5.2. Criterios de Exclusión 33
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 33
3.1. Organización 33
3.1.1. Validación del instrumento 33

3.1.2. Análisis de datos 34
3.2. Recursos 34
3.2.1. Humanos 34
3.2.2. Materiales 34
3.2.3. Financieros 35
3.3. Aspectos éticos 35
DISCUSIÓN 45
CONCLUSIONES 55
RECOMENDACIONES 56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 38
Tabla 2 39

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 37
Figura 2 40
Figura 3 41
Figura 4 42
Figura 5 43
Figura 6 44

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS 63

ANEXO 1 63

ANEXO 2 64

ANEXO 3: 67

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es una de las neoplasias más frecuentes en la población masculina y constituye un problema de salud relevante debido a su impacto en la morbimortalidad; por esta razón, la evaluación preventiva se presenta como una medida para su detección oportuna, pero se ha observado que muchos pacientes enfrentan dificultades para comprender la importancia de realizarse la prueba del antígeno prostático específico (PSA), lo que se traduce en resistencia a aceptar la indicación de la prueba y en un seguimiento inadecuado a las recomendaciones posteriores según los resultados. Asimismo, a nivel internacional, en 2022, el cáncer de próstata se situó entre los tipos de cáncer más comunes en hombres, registrando aproximadamente 1.5 millones de casos nuevos y alrededor de 397,000 muertes en todo el mundo (1).

En el Perú, la problemática del cáncer de próstata es de gran importancia sanitaria, y así indican los reportes mencionando que esta neoplasia se encuentra entre las más relevantes en hombres en el país, evidenciando una carga significativa para el sistema de salud. Además, análisis regionales han señalado que, en áreas con registros poblacionales, como Lima y Arequipa, el cáncer de próstata figura entre los tipos de cáncer más comunes en la población masculina, lo cual resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención secundaria y de diagnóstico oportuno en nuestro contexto (2).

En ese contexto, el Ministerio de Salud del Perú ha impulsado campañas y acciones preventivas que incluyen el acceso al tamizaje prostático (PSA) en grupos etarios objetivo, como parte de estrategias de control del cáncer a nivel del primer nivel de atención; no obstante, la efectividad de estas acciones no depende únicamente de la disponibilidad del examen, sino también de factores individuales y socioculturales que influyen en la decisión de realizarse o no la prueba. En ese marco, el nivel de conocimientos sobre el cáncer de próstata y el PSA resulta determinante, ya que puede condicionar la percepción de riesgo, la comprensión de beneficios y daños, y la disposición a someterse al tamizaje (3).

Por ello, el presente estudio se propone determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre el cáncer de próstata y la realización de la prueba de antígeno prostático específico (PSA) en pacientes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, durante el año 2026, buscando aportar evidencia local que permita identificar si el grado de conocimiento influye en la decisión de someterse al tamizaje, así como reconocer posibles

brechas informativas que limiten la adherencia a una práctica preventiva clave para la detección temprana y el manejo oportuno de esta neoplasia.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del Problema

El cáncer de próstata es una neoplasia maligna que se origina a partir del epitelio glandular prostático, como resultado de alteraciones biológicas que producen una proliferación celular descontrolada y la formación de tumores en la glándula. Su comportamiento es heterogéneo, debido a que puede presentarse mediante formas de crecimiento lento e indolente o mediante manifestaciones más agresivas que progresan con invasión local y diseminación metastásica, principalmente hacia los ganglios linfáticos y los huesos (4).

La prueba de PSA es una determinación cuantitativa en sangre que mide la concentración del antígeno prostático específico, también denominado PSA o KLK3, el cual es una glicoproteína con actividad de serina proteasa producida casi exclusivamente por el epitelio prostático. Esta medición es utilizada como biomarcador clínico para la detección temprana, la evaluación de las enfermedades prostáticas y el seguimiento de los pacientes diagnosticados con cáncer de próstata (5).

En ese sentido, la detección temprana del cáncer de próstata mediante la prueba de PSA continúa siendo un tema de debate debido al riesgo de sobrediagnóstico y a la presencia de resultados falsos positivos. En consecuencia, existe consenso en que el tamizaje debe desarrollarse dentro de un proceso de toma de decisiones compartida, en el cual el paciente comprenda los beneficios, riesgos y limitaciones antes de realizarse la prueba. Al respecto, un estudio realizado en España encontró que, aunque el 95,4 % de los hombres entrevistados manifestó conocer el cáncer de próstata, solamente el 67,7 % conocía la prueba de PSA; además, la información proporcionada por los profesionales de salud tendía a enfatizar más sus beneficios, con un 86,6 %, que sus riesgos, con un 49,5 %, observándose diferencias relacionadas con el nivel educativo, con un OR de 1,75. Asimismo, se identificó una elevada realización de la prueba y una alta disposición a repetirla, debido a que la recomendación de médicos, familiares o amigos constituía un motivo frecuente y más del 77 % de quienes nunca se habían realizado el examen aceptaría hacerlo si su médico se lo recomendara (6).

En el contexto nacional, una investigación realizada en Huánuco definió el tamizaje del cáncer de próstata como la realización de evaluaciones que incluyen el antígeno prostático específico y el tacto rectal. En este estudio se encontró que el 60,60 % de los participantes, equivalente a 257 personas, se había realizado algún procedimiento de tamizaje, mientras que el tiempo promedio transcurrido desde la última prueba de PSA fue de 7,38 meses. Sin embargo,

respecto al componente cognitivo, predominó el nivel de conocimiento medio, con un 70,30 % correspondiente a 298 participantes. Además, se identificó una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la realización del tamizaje, debido a que las personas con conocimiento alto presentaron 1,38 veces mayor probabilidad de realizarse el control prostático (7).

En el contexto regional, el Reporte de actividades de prevención y control del cáncer de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, correspondiente a diciembre de 2023, registró 607 indicaciones para la realización del examen de antígeno prostático específico en 582 personas atendidas en las redes y establecimientos de salud de la región. Asimismo, el reporte consignó 584 registros con resultados negativos y 28 con resultados positivos, evidenciando la ejecución de actividades destinadas a detectar alteraciones prostáticas mediante la prueba de PSA en la población atendida por los servicios regionales de salud (8).

La mayor cantidad de personas evaluadas mediante la prueba de PSA en Arequipa se concentró en los grupos de mayor edad, debido a que se registraron 244 personas de 60 a 69 años y 228 personas de 50 a 59 años. Estos resultados muestran que las actividades regionales de detección se dirigieron principalmente hacia los hombres pertenecientes a edades en las que aumenta el riesgo de desarrollar alteraciones prostáticas y cáncer de próstata. No obstante, esta información corresponde al número de indicaciones y personas atendidas, pero no constituye una tasa regional de tamizaje, debido a que no se presenta como denominador el total de hombres elegibles para la prueba; asimismo, el reporte no permite determinar cuántos pacientes rechazaron o postergaron el examen ni cuáles fueron las razones de su decisión (8).

En cuanto a la mortalidad, durante el año 2021 se reportaron en el Perú 2 823 defunciones asociadas con el cáncer de próstata, con una tasa ajustada nacional de 20,7 por cada 100 000 habitantes. En Arequipa, esta tasa alcanzó 23,0 por cada 100 000 habitantes, por lo que superó en 2,3 puntos a la tasa nacional y fue aproximadamente 11,1 % mayor. Esta diferencia evidencia que la mortalidad por cáncer de próstata en Arequipa se encontraba por encima del valor registrado en el ámbito nacional (9).

Asimismo, Arequipa se ubicó entre los cinco departamentos con las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de próstata más elevadas del país. Las mayores tasas correspondieron a Áncash, con 30,1 defunciones por cada 100 000 habitantes; Junín, con 29,2; Piura, con 24,3; Arequipa, con 23,0; y La Libertad, con 22,5. Estos resultados muestran una situación regional desfavorable y una importante carga de mortalidad relacionada con esta neoplasia (9).

En relación con el registro regional de casos, el Registro de Cáncer de Arequipa contabilizó 1 186 casos de cáncer de próstata en hombres durante el periodo 2008-2014. Esta cifra superó el número de casos correspondiente a las demás localizaciones oncológicas masculinas reportadas durante ese periodo, por lo que el cáncer de próstata constituyó la neoplasia más frecuentemente registrada entre los hombres de Arequipa. Sin embargo, debido a que estas cifras corresponden al periodo 2008-2014, resulta necesario complementarlas con registros asistenciales y hospitalarios más recientes que permitan comprender la situación actual de la detección y diagnóstico de esta enfermedad en la región (10).

En el ámbito hospitalario local, una investigación realizada en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza incluyó a 350 pacientes evaluados por sospecha de cáncer de próstata durante el periodo 2022-2024. De ellos, 70 fueron atendidos en 2022, 101 en 2023 y 179 en 2024, evidenciándose un incremento progresivo en el número de pacientes sometidos a evaluación por una posible enfermedad prostática durante los tres años estudiados (11).

Asimismo, de los 350 pacientes evaluados en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 200 presentaron resultados patológicos en la biopsia prostática, considerada la prueba confirmatoria para el diagnóstico de esta neoplasia. Estos resultados muestran la existencia de una demanda creciente de evaluación especializada y una cantidad considerable de hallazgos patológicos en el establecimiento donde se desarrollará la presente investigación (11).

La comparación entre la situación regional y el valor nacional también evidencia diferencias importantes en la población asegurada. Durante el año 2019, la Red Asistencial Arequipa registró 275 casos nuevos de cáncer de próstata, con una tasa de incidencia acumulada de 198,5 por cada 100 000 hombres asegurados de 40 años o más. En contraste, en el conjunto nacional de EsSalud se reportaron 3 000 casos nuevos y una tasa de incidencia acumulada de 131,6 por cada 100 000 asegurados. En consecuencia, la tasa registrada en Arequipa superó en 66,9 casos por cada 100 000 asegurados al valor nacional y fue aproximadamente 50,8 % mayor (12).

De igual manera, durante el periodo 2015-2019 se contabilizaron 1 567 casos de cáncer de próstata en la Red Asistencial Arequipa, equivalentes a una prevalencia de 1,13 %. En el ámbito nacional de EsSalud se registraron 15 794 casos y una prevalencia de 0,69 %. Por consiguiente, la prevalencia regional superó en 0,44 puntos porcentuales al valor nacional y fue aproximadamente 63,8 % mayor. Además, la Red Asistencial Arequipa ocupó el segundo lugar

entre las redes asistenciales y prestacionales de EsSalud con mayor prevalencia de cáncer de próstata, después de la Red Prestacional Rebagliati (12).

En conjunto, los indicadores presentados muestran que Arequipa afronta una situación desfavorable frente a los valores nacionales. La región presenta una tasa ajustada de mortalidad por cáncer de próstata 11,1 % mayor que la nacional, mientras que, en la población asegurada, la incidencia acumulada fue 50,8 % superior y la prevalencia fue 63,8 % mayor que los respectivos valores nacionales de EsSalud. Estos resultados permiten establecer que el cáncer de próstata representa un problema relevante para la población masculina de Arequipa, especialmente para los hombres de 40 años o más (9,12).

En cuanto a las prácticas preventivas, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 2023 encontró que el 89,5 % de las personas de 15 a 59 años residentes en Arequipa consideraba que el cáncer era prevenible. Sin embargo, esta percepción fue menor entre quienes tenían educación primaria o un nivel inferior, con un 82,5 %, en comparación con el 91,1 % registrado entre las personas con educación superior. Además, solamente el 26,3 % de las personas de 18 a 75 años manifestó haberse realizado un chequeo general para descartar algún tipo de cáncer durante los últimos 24 meses. Aunque estos indicadores no son específicos para el cáncer de próstata, muestran una diferencia importante entre el reconocimiento de la prevención y la realización efectiva de controles, así como desigualdades vinculadas con el nivel educativo que podrían influir en el acceso, comprensión y utilización de la información sanitaria (13).

Además del nivel educativo, la participación de los hombres en las evaluaciones prostáticas puede verse afectada por factores culturales y sociales. Un estudio realizado en hombres de Yucatán identificó desconocimiento de los factores de riesgo, baja percepción de vulnerabilidad y rechazo asociado con la creencia de que la detección del cáncer de próstata implica necesariamente la realización del tacto rectal. Estos factores evidencian que la falta de información y las interpretaciones equivocadas sobre los procedimientos diagnósticos pueden disminuir la disposición de los hombres para participar en las evaluaciones prostáticas (14).

En poblaciones latinas también se han identificado creencias erróneas sobre el cáncer de próstata, temor al diagnóstico, estigmatización, desconfianza hacia los servicios médicos y confusión respecto de las recomendaciones de detección. Estas barreras pueden limitar la búsqueda de información, reducir la asistencia a los establecimientos de salud y favorecer la postergación o el rechazo de las evaluaciones preventivas, incluso cuando los servicios de detección se encuentran disponibles (15).

De manera complementaria, un estudio realizado en hombres de origen mexicano señaló que el cáncer de próstata puede percibirse como un tema difícil de abordar debido a su vinculación con la masculinidad, la intimidad y la percepción de vulnerabilidad. Asimismo, se identificaron dificultades económicas, problemas de transporte y limitaciones de acceso a los servicios sanitarios, factores que pueden interferir en la realización de los controles prostáticos y profundizar las desigualdades existentes entre diferentes grupos poblacionales (16).

Si bien estos hallazgos no pueden atribuirse directamente a la población arequipeña, permiten plantear la necesidad de evaluar si en los sectores rurales y urbano-marginales de Arequipa también pueden presentarse barreras como las concepciones tradicionales sobre la masculinidad, la resistencia a procedimientos relacionados con la intimidad, la desconfianza hacia el sistema de salud, las creencias fatalistas respecto del cáncer y la falta de información accesible y comprensible. En el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza todavía se desconoce si estas barreras se encuentran presentes entre los pacientes mayores de 40 años y si pueden relacionarse con su conocimiento sobre el cáncer de próstata y con su predisposición para realizarse la prueba de PSA (16).

Asimismo, las actividades realizadas por la Gerencia Regional de Salud muestran que existe una oferta regional de detección, debido a que durante diciembre de 2023 se registraron 607 indicaciones para la realización de la prueba de PSA en 582 personas, principalmente entre los hombres de 50 a 69 años. No obstante, estos registros únicamente informan la cantidad de indicaciones, personas atendidas y resultados obtenidos, pero no presentan como denominador el total de hombres elegibles para la prueba, por lo que no permiten calcular una tasa regional de tamizaje. Tampoco permiten determinar cuántos pacientes aceptaron inmediatamente el examen, cuántos lo rechazaron o postergaron ni cuáles fueron las razones de su decisión. En consecuencia, persiste una brecha de información entre la oferta de actividades de detección y su aceptación efectiva por parte de la población masculina de Arequipa (8).

De manera similar, los registros del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza muestran una magnitud importante del problema en la población atendida, debido a que durante el periodo 2022-2024 fueron evaluados 350 pacientes por sospecha de cáncer de próstata, de los cuales 200 presentaron resultados patológicos en la biopsia prostática. Además, el número de personas evaluadas aumentó de 70 en 2022 a 101 en 2023 y 179 en 2024. Sin embargo, estos registros clínicos no permiten determinar cuánto conocen los pacientes mayores de 40 años sobre la enfermedad, sus factores de riesgo, la posibilidad de permanecer asintomática durante

sus etapas iniciales ni la finalidad, los beneficios y las limitaciones de la prueba de PSA. Tampoco permiten establecer su predisposición para aceptar voluntariamente este examen como parte de las acciones de detección oportuna (11).

El conocimiento resulta relevante porque la evidencia nacional muestra que los pacientes con un nivel alto de conocimiento presentan 1,38 veces mayor probabilidad de realizarse el tamizaje del cáncer de próstata. En consecuencia, la falta de información, las creencias equivocadas y el desconocimiento acerca de la finalidad del PSA pueden contribuir a la postergación o rechazo del examen, reducir la participación informada en las actividades preventivas y limitar las oportunidades de detección oportuna de posibles alteraciones prostáticas (7)

Desde la perspectiva de la salud pública, el bajo conocimiento puede dificultar que la población masculina reconozca sus factores de riesgo, comprenda la importancia de consultar oportunamente y participe de manera informada en las evaluaciones disponibles. Asimismo, la falta de aceptación del PSA puede disminuir el alcance efectivo de las acciones de prevención y detección implementadas por los establecimientos de salud, especialmente cuando existen barreras educativas, culturales, sociales o asistenciales que no han sido identificadas ni abordadas adecuadamente (7).

La ausencia de información específica sobre el nivel de conocimiento y la predisposición a realizarse la prueba de PSA limita la identificación de los factores que influyen en la decisión de los pacientes atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Además, dificulta la formulación de intervenciones educativas y estrategias de comunicación que sean claras, culturalmente pertinentes y adaptadas al nivel educativo y a las características sociales de la población. Esta necesidad adquiere especial relevancia debido a que Arequipa presenta una mortalidad por cáncer de próstata 11,1 % mayor que la nacional, así como una incidencia acumulada 50,8 % superior y una prevalencia 63,8 % mayor que los valores nacionales registrados en EsSalud (9,12).

Por lo tanto, considerando la magnitud regional del cáncer de próstata, la posible presencia de barreras educativas y socioculturales, la falta de información sobre la aceptación efectiva del PSA y la relación observada entre el conocimiento y la participación en el tamizaje, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre el cáncer de próstata y la predisposición a realizarse la prueba de PSA en

pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2026?

1.2. Enunciado del Problema

Relación entre nivel de conocimientos de cáncer de próstata y realizarse prueba PSA en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa-2026.

1.3. Descripción del Problema

1.3.1. Área del Conocimiento

- Área General: Ciencias de la Salud.
- Área Específica: Medicina.
- Área de Investigación: Urología.
- Línea de Investigación: Enfermedades crónicas no transmisibles.

1.3.2. Análisis y operacionalización de variables e indicadores

CUADRO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Independiente							
Variable	**Dimensiones**	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Tipo de variable**	**Escala de medición**	**Indicador**	**Valor/categorías**
Nivel de conocimientos de cáncer de próstata.	Conocimiento general	Son los conocimientos que tienen los participantes sobre el cáncer de próstata.	La puntuación total se obtiene mediante la suma de las respuestas correctas (1 punto), mientras que las respuestas incorrectas reciben 0 puntos. Posteriormente, el puntaje total se clasifica en niveles según el rango establecido.	Cualitativa	Ordinal	- Función de la próstata - Concepto de cáncer de próstata	- Bajo: 0–3 puntos Medio: 4–7 puntos Alto: 8–10 puntos
	Signos y síntomas					- Ausencia de síntomas iniciales	
	Factores de riesgo					- Antecedentes familiares - Edad de riesgo - Influencia de la edad	
	Detección oportuna					- Detección precoz - Examen de PSA	

						- Evaluación medica - Importancia del tamizaje	
Dependiente							
Variable	**Dimensiones**	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Tipo de variable**	**Escala de medición**	**Indicador**	**Valor/categorías**
Realizarse prueba PSA	Predisposición a realizarse el examen de PSA	El PSA es un examen de sangre que sirve para realizar la detección oportuna del cáncer de próstata.	Se evaluará mediante una pregunta dicotómica incluida en el cuestionario, donde el participante indicará si se realizaría o no la prueba de PSA.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Realizarse la prueba de PSA	- Sí - No
Interviniente (covariable)							
Variable	**Dimensiones**	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Tipo de variable**	**Escala de medición**	**Indicador**	**Valor/categorías**
Características sociodemográficas	Edad	Conjunto de características sociales y demográficas que permiten describir las condiciones generales de la población participante.	Se evaluarán mediante preguntas cerradas incluidas en la ficha de características sociodemográficas aplicada a los participantes.	Cuantitativa	De razón	Años de edad	Años cumplidos
	Grado de instrucción			Cualitativa	Ordinal	Nivel educativo	- Sin instrucción - Primaria - Secundaria - Superior
	Ocupación			Cualitativa	Ordinal	Tipo de ocupación	- Dependiente - Independiente

1.4. Justificación del Problema

1.4.1. Justificación Científica

Desde el ámbito científico, el presente estudio es relevante, porque permite cuantificar los vacíos específicos en aspectos clave relacionados con el cáncer de próstata, como el concepto de enfermedad, los factores de riesgo, la sintomatología inicial y, especialmente, la detección oportuna a través del antígeno prostático específico (PSA), lo cual resulta de gran importancia, dado que el cáncer de próstata puede desarrollarse sin manifestaciones clínicas en etapas tempranas, destacando la necesidad de recibir información y orientación adecuadas. Por eso, medir el conocimiento no solo describe una característica del grupo estudiado, sino que fortalece la toma de decisiones informada respecto a la realización del PSA como prueba de detección (17).

1.4.2. Justificación Social

Desde el ámbito social, la investigación es relevante porque la detección oportuna no depende únicamente de la disponibilidad del examen, sino también de la aceptación informada del paciente. En el Perú se han identificado barreras como temor, vergüenza y percepciones relacionadas con la masculinidad frente a las evaluaciones prostáticas, las cuales pueden disminuir la disposición de algunos varones para participar en actividades preventivas (18).

Además, la realización de la prueba de PSA presenta desigualdades socioeconómicas y territoriales, debido a que las mayores tasas se concentran en distritos con mejores condiciones de desarrollo. En consecuencia, los varones con menor nivel educativo, recursos limitados o dificultades de acceso pueden encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad frente a la falta de información y al tamizaje oportuno (19).

Los resultados permitirán identificar los grupos con menor conocimiento o predisposición y orientar materiales educativos, actividades de consejería y campañas adaptadas a sus necesidades. Asimismo, podrán proporcionar evidencia útil al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y a las autoridades sanitarias regionales para fortalecer las intervenciones de prevención y reducir las desigualdades en salud (19).

1.4.3. Justificación Contemporánea

Desde una perspectiva contemporánea, el estudio adquiere relevancia por el progresivo envejecimiento de la población peruana, proceso que incrementará el número de varones en

edades de mayor riesgo para desarrollar cáncer de próstata y, por tanto, la demanda de orientación, evaluación y atención de enfermedades prostáticas (20).

A ello se suma que las recomendaciones actuales sobre el PSA priorizan la toma de decisiones compartida. La realización del examen debe considerar los posibles beneficios, riesgos, preferencias y condiciones del paciente, por lo que resulta necesario que este cuente con conocimientos suficientes para participar activamente en la decisión (21).

Asimismo, el contexto posterior a la pandemia evidenció la necesidad de fortalecer y recuperar los servicios de prevención, tamizaje y diagnóstico del cáncer, debido a las interrupciones experimentadas durante la emergencia sanitaria. Esto refuerza la importancia de desarrollar estrategias de detección más accesibles y sostenibles (22).

La salud digital también ofrece oportunidades para mejorar la educación sanitaria mediante teleorientación, mensajería móvil, materiales audiovisuales y otros recursos tecnológicos. Estas herramientas pueden facilitar el acceso a información comprensible y apoyar las actividades preventivas dirigidas a los varones mayores de 40 años (23).

Finalmente, en el marco de la descentralización sanitaria, las autoridades regionales requieren información producida en su propio territorio para planificar intervenciones acordes con las características de la población. Por ello, generar evidencia en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza permitirá orientar acciones locales y regionales de prevención del cáncer de próstata (24).

La investigación también se encuentra alineada con el Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer 2025-2030, que prioriza la prevención, detección y control de las enfermedades oncológicas. En este contexto, sus resultados podrán contribuir a adaptar las estrategias nacionales a las necesidades específicas de la población masculina de Arequipa (25).

1.5. Interrogantes de la investigación

1.5.1. Interrogante general

- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de cáncer de próstata y realizarse la prueba PSA en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa-2026?

1.5.2. Interrogantes básicas

1.5.2.1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de cáncer de próstata en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa-2026?

1.5.2.2. ¿Cuál es la predisposición para realizarse una prueba de PSA en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa-2026?

1.6. Tipo de Investigación

Respecto al tipo, la presente investigación corresponde a una investigación aplicada, debido a que busca generar evidencia útil para comprender la relación entre el nivel de conocimientos sobre cáncer de próstata y la predisposición a realizarse la prueba de PSA, con la finalidad de contribuir al fortalecimiento de estrategias de educación sanitaria y prevención en salud. Asimismo, el estudio presenta un enfoque cuantitativo, dado que empleará la medición objetiva de variables mediante un cuestionario estructurado, permitiendo la cuantificación de resultados y el análisis estadístico de la información recolectada (26).

1.7. Nivel de Investigación

El presente estudio es de nivel correlacional, ya que tiene como objetivo principal determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre cáncer de próstata y la predisposición a realizarse la prueba de PSA en los pacientes evaluados. Este nivel de investigación se centra en examinar el grado y la dirección de asociación entre dos variables medidas en una misma población, sin pretender establecer relaciones de causalidad ni manipular los factores de estudio, por ello, los estudios de carácter correlacional permiten identificar si los cambios en una variable se vinculan con variaciones en la otra, aportando evidencia empírica útil para la comprensión del fenómeno y la toma de decisiones en salud (26).

1.8. Diseño de investigación

El presente estudio corresponde a un diseño no experimental, observacional y transversal, dado que las variables de estudio no serán manipuladas, sino observadas y medidas tal como se presentan en la población mediante la aplicación de un cuestionario estructurado. Asimismo, la recolección de datos se realizará en un único momento, permitiendo evaluar el nivel de conocimientos sobre cáncer de próstata y la predisposición a realizarse la prueba de

PSA, así como analizar la relación entre ambas variables dentro del mismo periodo de evaluación (26).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de cáncer de próstata y realizarse la prueba PSA en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa-2026.

2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Identificar el nivel de conocimiento de cáncer de próstata en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa-2026.

2.2.2. Identificar la predisposición a realizarse una prueba de PSA en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa-2026.

3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

3.1. Revisión de Antecedentes Investigativos

3.1.1. A Nivel Internacional

Peña Sarita (2022), en República Dominicana, realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal con 659 hombres mayores de 40 años que acudieron a la consulta de Urología del Hospital Regional y Docente Juan Pablo Pina. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre el cáncer de próstata y describir las prácticas relacionadas con su detección. Los resultados mostraron que el 75,6 % desconocía la enfermedad, el 19,1 % había escuchado sobre ella y solo el 5,3 % manifestó conocerla. Asimismo, el 79,7 % indicó no haberse realizado o desconocer la prueba de PSA total y libre, mientras que el 91,2 % no se había sometido al tacto rectal. Este antecedente evaluó conocimiento y realización previa de pruebas, pero no analizó estadísticamente la relación entre el conocimiento y la predisposición futura; además, la información disponible no detalla las propiedades psicométricas del instrumento, por lo que la comparación debe centrarse en sus resultados descriptivos (27).

Castro Avendaño (2024), en Bogotá, desarrolló un estudio descriptivo y transversal mediante muestreo por conveniencia en trabajadores varones de 45 años o más de la Universidad Nacional de Colombia. De 755 respuestas recibidas, 329 cumplieron los criterios de selección. Se aplicó una encuesta autoadministrada de 25 ítems, adaptada de instrumentos previos y fundamentada en el Modelo de Creencias en Salud, para evaluar conocimiento, percepción y experiencias de tamización. El 97,26 % había escuchado sobre el cáncer de próstata, el 70,52 % conocía alguna prueba de tamización y el 81,46 % manifestó haberse realizado el PSA alguna vez. El conocimiento de la enfermedad se asoció con el conocimiento de las pruebas de tamización (OR = 8,944), mientras que la recomendación médica se relacionó fuertemente con la realización del PSA (OR = 23,9). Sin embargo, el estudio evaluó principalmente una conducta previa y se efectuó en trabajadores universitarios con elevada escolaridad, lo que puede explicar sus altos niveles de conocimiento y limita su comparación directa con pacientes de un hospital público (28).

Hevey et al. (2009), en Irlanda, realizaron un estudio transversal con 223 varones considerados en riesgo de cáncer de próstata. Se aplicaron la escala PROCASE para evaluar conocimiento, el Cuestionario Revisado de Percepción de la Enfermedad y un instrumento basado en la Teoría del Comportamiento Planificado para medir actitud, norma subjetiva, control conductual percibido e intención de realizarse el PSA. Los participantes presentaron un nivel elevado de conocimiento y una actitud favorable hacia la prueba. Después de controlar el conocimiento y la experiencia previa con la enfermedad, los componentes de la teoría explicaron el 49 % de la variación en la intención de someterse al PSA cuando este era recomendado por un médico. Este antecedente es metodológicamente relevante porque evaluó intención o predisposición, al igual que la presente investigación; no obstante, midió la intención mediante varios componentes conductuales y escenarios hipotéticos, mientras que en este estudio la predisposición fue evaluada mediante una pregunta dicotómica (29).

Bejar Sandoval et al. (2025), en Ecuador, desarrollaron un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal en 395 hombres de 30 a 89 años atendidos en un establecimiento público. Se evaluaron conocimientos, actitudes, barreras y prácticas relacionadas con el diagnóstico temprano del cáncer de próstata. Solo el 31,1 % reconoció los antecedentes familiares y la edad avanzada como factores de riesgo. Entre las barreras predominaron el miedo al diagnóstico, con 24,3 %; el desconocimiento, con 21,5 %; y el estigma o vergüenza, con 16,5 %. Además, el 82,8 % no se había realizado el examen rectal digital y el 85,3 % no se había sometido a la prueba de PSA. El estudio evaluó prácticas

preventivas ya realizadas y no una intención futura; asimismo, su carácter descriptivo no permitió estimar la magnitud de la relación entre conocimiento y realización del PSA (30).

3.1.2. A Nivel Nacional

Cutipa Ale (2019), en Tacna, efectuó un estudio observacional, prospectivo, analítico y transversal en 355 varones mayores de 40 años, seleccionados de una población ubicada en 1 255 hogares de la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano. Mediante una encuesta se evaluaron conocimientos, creencias, actitudes y prácticas frente al cáncer de próstata y su prevención. El 37,5 % presentó un nivel bueno de conocimiento; sin embargo, el 61,7 % desconocía el procedimiento del PSA y solo el 8,5 % se había realizado la prueba. Asimismo, entre quienes presentaban creencias inadecuadas, el 66,4 % desconocía el PSA, mientras que este desconocimiento alcanzó el 74,6 % en quienes mostraban una actitud indiferente y el 77,3 % en aquellos con actitud negativa. Aunque el estudio fue analítico, sus asociaciones se concentraron en creencias, actitudes y conocimiento del examen, y no estimó específicamente la relación entre nivel global de conocimiento y predisposición futura al PSA (31).

Coronado y Peña (2023), en Chiclayo, realizaron un estudio cuantitativo, analítico, observacional y transversal en 202 pacientes varones atendidos en el consultorio externo de Urología del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Aplicaron una encuesta elaborada por las investigadoras para medir el nivel de conocimiento y la disposición a realizarse el PSA. El 65,8 % presentó conocimiento bajo, el 29,7 % conocimiento medio y el 4,5 % conocimiento alto. A pesar de que el 87,6 % manifestó estar dispuesto a realizarse la prueba, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la disposición al PSA. Este es el antecedente más directamente comparable con la presente investigación, porque evaluó las mismas variables y utilizó un diseño transversal; sin embargo, empleó una muestra mayor, otro instrumento y baremos distintos, y registró una predisposición global considerablemente más elevada que la observada en Arequipa (32).

Segura y Tarrillo (2024), en Chota, desarrollaron un estudio cuantitativo, observacional, prospectivo, descriptivo, no experimental y transversal. La población estuvo constituida por 1 106 usuarios y la muestra por 286 varones de 40 a 59 años atendidos en consultorios externos del Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Aplicaron un cuestionario de 15 preguntas distribuido en cinco dimensiones: definición y pruebas diagnósticas, factores de riesgo, síntomas, pruebas de detección y recomendaciones. El instrumento fue sometido a juicio de ocho expertos y presentó un alfa de Cronbach de 0,83. Predominó el nivel medio de

conocimiento, con 82,5 %; además, el 87,4 % no se había realizado el PSA. Las dimensiones con mayor déficit fueron factores de riesgo, sintomatología y recomendaciones para la detección temprana. Este antecedente permite comparar los niveles y dimensiones del conocimiento, pero no evaluó predisposición ni analizó la asociación entre conocimiento y realización de la prueba (33).

Chamorro-Jiménez et al. (2019), en Huánuco, realizaron un estudio observacional, analítico y transversal en 424 varones mayores de 45 años atendidos en el consultorio externo de Urología del Hospital EsSalud II Huánuco, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. El cuestionario incluyó datos sociodemográficos, cuatro preguntas sobre tamizaje, 15 sobre conocimiento, 14 sobre percepción y 14 ítems de actitud tipo Likert. El 60,60 % manifestó haberse sometido al tamizaje, predominó el conocimiento medio con 70,3 % y se encontró asociación significativa entre la realización del tamizaje y el conocimiento ($p = 0,003$), la percepción ($p = 0,043$) y el grado de instrucción ($p = 0,016$), pero no con la actitud ($p = 0,164$). Este estudio aporta evidencia nacional a favor de la asociación; sin embargo, definió el resultado como realización efectiva del tamizaje mediante PSA y tacto rectal, mientras que la presente investigación evaluó únicamente predisposición declarada (7).

3.1.3. A nivel local

Ureta Delgado (2026) realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza un estudio cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo y transversal basado en la revisión de 350 historias clínicas de varones de 50 años o más evaluados por sospecha de cáncer de próstata durante 2022-2024. Se utilizó una ficha estructurada para registrar los resultados del PSA, tacto rectal y diagnóstico confirmado. La sensibilidad del PSA fue de 99 %, con especificidad de 65 %, valor predictivo positivo de 79 % y valor predictivo negativo de 98 %; mientras que el tacto rectal presentó una sensibilidad de 75 % y especificidad de 16 %. La prueba de McNemar mostró diferencias significativas entre ambas pruebas. Este estudio no evaluó conocimientos ni predisposición, por lo que no debe utilizarse para comparar directamente la asociación principal; su utilidad radica en demostrar la relevancia clínica del PSA y aportar evidencia reciente del mismo hospital donde se desarrolló la presente investigación (11).

Cuadro 2

Síntesis comparativa de los antecedentes

Estudio	Diseño y muestra	Instrumento	Resultado evaluado	Hallazgo principal	Comparabilidad
Peña, 2022	Descriptivo, transversal; 659 varones >40 años	Encuesta de conocimiento y prácticas	Realización previa	Predominio de desconocimiento y baja realización del PSA	Comparación descriptiva
Castro, 2024	Descriptivo transversal; 329 trabajadores universitarios	Encuesta autoadministrada de 25 ítems	Realización previa y percepción	Recomendación médica asociada con PSA	Escolaridad elevada; menor comparabilidad
Hevey et al., 2009	Transversal; 223 varones en riesgo	PROCASE, IPQ-R y escala TPB	Intención de PSA	TPB explicó 49 % de la intención ante recomendación médica	Alta comparabilidad conceptual
Bejar et al., 2025	Descriptivo transversal; 395 usuarios	Cuestionario CAP	Realización previa	85,3 % no se realizó PSA	No evaluó asociación
Cutipa, 2019	Analítico transversal; 355 varones	Encuesta de conocimiento, creencias, actitudes y prácticas	Realización previa	Solo 8,5 % se realizó PSA	Evalúa práctica, no predisposición
Coronado y Peña, 2023	Analítico transversal; 202 pacientes	Encuesta elaborada por autoras	Predisposición	No hubo asociación significativa	Antecedente más comparable
Segura y Tarrillo, 2024	Descriptivo transversal; 286 usuarios	Cuestionario de 15 ítems; α = 0,83	Conocimiento y antecedentes de PSA	82,5 % conocimiento medio; 87,4 % sin PSA	Útil para dimensiones, no para asociación
Chamorro-Jiménez et al., 2019	Analítico transversal; 424 usuarios	Cuestionario multidimensional	Tamizaje efectivo	Conocimiento asociado con tamizaje, p = 0,003	Conducta real, no intención
Ureta Delgado, 2026	Diagnóstico retrospectivo; 350 historias	Ficha documental	Rendimiento diagnóstico	Sensibilidad del PSA de 99 %	Contexto clínico; no compara variables

3.2. Conceptos Básicos

3.2.1. Cáncer de próstata

Este tipo de cáncer se caracteriza, además, por una marcada heterogeneidad, el cual se expresa en un amplio espectro de rasgos patológicos, clínicos y moleculares; donde como resultado, algunos tumores pueden ser indolentes, es decir, presentan un crecimiento lento y menos agresivo, mientras que otros pueden ser clínicamente agresivos y, por ende, demandan una atención médica urgente y rigurosa. De esa manera, esta variabilidad en la presentación de la enfermedad subraya la importancia de una evaluación y tratamiento individualizados para cada paciente (34).

3.2.2. Conocimiento General Sobre Cáncer de Próstata

El conocimiento general sobre el cáncer de próstata se define como el nivel de información que posee una persona en relación con aspectos clave y fundamentales, los cuales incluyen el diagnóstico, la detección precoz, el origen de la enfermedad, los síntomas, los factores de riesgo, los efectos secundarios del tratamiento y las recomendaciones sobre la edad adecuada para el cribado. Dicho conocimiento es esencial, ya que no solo empodera a los individuos para que tomen decisiones informadas sobre su salud, sino que también favorece la detección temprana de la enfermedad, lo que puede influir significativamente en los resultados del tratamiento (35).

3.2.3. Signos y Síntomas

Los signos y síntomas del cáncer de próstata corresponden al conjunto de manifestaciones clínicas derivadas del crecimiento tumoral y/o de su diseminación, y se caracterizan por aparecer, en muchos casos, tardíamente en la historia natural de la enfermedad; también, en etapas localizadas, el cáncer de próstata suele ser asintomático; cuando existe progresión local, puede expresarse con síntomas del tracto urinario inferior (p. ej., polaquiuria, hesitación, chorro débil), además de disfunción eréctil, retención urinaria, dolor, hematuria o hematospermia; luego, en fases avanzadas, la clínica se relaciona principalmente con enfermedad metastásica, donde destacan síntomas como dolor óseo y complicaciones como compresión medular, reflejando el tropismo metastásico frecuente hacia el esqueleto (36).

3.2.4. Factores de Riesgo

Los factores de riesgo del cáncer de próstata son las características biológicas, hereditarias y exposiciones del individuo que se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad., donde se han reconocido factores no modificables y mejor

establecidos a la edad avanzada (con incremento progresivo del riesgo a medida que aumenta la edad), la etnicidad/ascendencia, los antecedentes familiares y la predisposición genética (mutaciones germinales), mientras que, para varios factores potencialmente modificables (p. ej., obesidad/síndrome metabólico, tabaquismo, dieta, actividad física, ciertos fármacos u ocupaciones), la asociación es variable y en muchos casos la evidencia es menos consistente o no está firmemente establecida (37).

3.2.5.-Detección Oportuna

La detección oportuna del cáncer se entiende como el conjunto de acciones orientadas a identificar la enfermedad, o sus lesiones precursoras, en una fase temprana, idealmente antes del inicio de síntomas, cuando el tratamiento puede ser más efectivo; en términos de programas de tamizaje, su propósito es captar casos presintomáticos, activar una evaluación diagnóstica más específica y permitir un tratamiento oportuno. En el caso del cáncer de próstata, esta detección oportuna suele apoyarse en estrategias de tamizaje/cribado que incluyen la medición del antígeno prostático específico (PSA) como biomarcador, el cual se usa como método indirecto de detección en población asintomática y guía la necesidad de evaluaciones posteriores según el riesgo (38).

3.2.6. Prueba PSA

La prueba de PSA consiste en la determinación sérica (en sangre) de la concentración del antígeno prostático específico (PSA), una glicoproteína producida por el tejido prostático, donde su medición se realiza en el laboratorio mediante técnicas inmunológicas (anticuerpos) y se emplea como apoyo en el cribado/detección y evaluación de patología prostática; sin embargo, no es un marcador exclusivo de cáncer, pues puede elevarse también en hiperplasia prostática benigna, prostatitis e instrumentación prostática (39).

3.2.7.-Predisposición a Realizarse el Examen de PSA

La predisposición a realizarse el examen de PSA puede entenderse, desde un enfoque conductual, como la disposición o intención declarada de un individuo para someterse a la determinación sérica del antígeno prostático específico (PSA), ya sea con fines de detección oportuna o de evaluación preventiva del cáncer de próstata; y esta predisposición implica una actitud favorable hacia la prueba y una probabilidad subjetiva de aceptarla cuando se presenta la oportunidad (por ejemplo, ante la recomendación de un profesional de salud), aun cuando el sujeto no se haya realizado previamente el examen; y en términos operativos, se expresa

mediante la aceptación o decisión manifestada de practicarse el PSA, lo cual permite aproximarse a la intención de conducta preventiva en salud (40).

3.3. Bases teóricas

3.3.1. Modelo de Creencias en Salud

El Modelo de Creencias en Salud (HBM) propone que la adopción de conductas preventivas depende de cómo las personas perciben su susceptibilidad a enfermar, la gravedad de la enfermedad, los beneficios esperados de la acción preventiva y las barreras que dificultan su realización; también este modelo considera el papel de las señales de acción, como recomendaciones médicas y campañas informativas, así como variables que influyen en el comportamiento en contextos reales, explicando que el nivel de conocimiento sobre el cáncer de próstata puede afectar la percepción del riesgo y la valoración de los beneficios de la prueba de PSA para la detección oportuna; por otro lado, el desconocimiento puede generar barreras cognitivas y emocionales, como dudas y temores, lo que afecta la decisión de hacerse el examen (41).

3.3.2. Teoría del Comportamiento Planificado

La Teoría del Comportamiento Planificado, propuesta por Ajzen, explica que la ejecución de una conducta depende principalmente de la intención que posee la persona para realizarla. Esta intención representa el grado de motivación y esfuerzo que el individuo está dispuesto a invertir y se configura mediante tres componentes: la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y el control conductual percibido. La intención constituye el antecedente inmediato de la conducta, aunque no garantiza que esta llegue a efectuarse. Su concreción depende de que la persona disponga de recursos, oportunidades y control suficiente sobre los factores que facilitan o dificultan la acción. Por ello, una intención favorable puede no transformarse en conducta cuando existen obstáculos que escapan al control del individuo (42).

Aplicada a la presente investigación, la predisposición a realizarse la prueba de PSA representa una aproximación a la intención conductual. El paciente puede manifestar que aceptaría someterse al examen, pero ello no demuestra que efectivamente lo realice, debido a que su decisión también puede verse condicionada por la disponibilidad del servicio, la recomendación médica y las barreras de acceso (42).

3.3.2.1. Actitud hacia la conducta

La actitud hacia la conducta corresponde a la valoración favorable o desfavorable que realiza una persona respecto de una acción determinada. Se forma a partir de las consecuencias que espera obtener y de la importancia que atribuye a dichos resultados; por consiguiente, una valoración positiva aumenta la intención, mientras que una percepción negativa puede reducirla (42).

En el contexto del PSA, la actitud puede ser favorable cuando el paciente considera que el examen permite detectar oportunamente alteraciones prostáticas, conocer su estado de salud y recibir orientación médica. Por el contrario, puede ser desfavorable cuando predominan el temor al diagnóstico, la percepción de que el examen es innecesario en ausencia de síntomas o el desconocimiento sobre su finalidad. El conocimiento sobre el cáncer de próstata puede contribuir a la formación de una actitud informada, debido a que permite comprender la posibilidad de que la enfermedad permanezca asintomática y reconocer la utilidad y las limitaciones del PSA. No obstante, el conocimiento no constituye un componente original de la teoría, sino un antecedente que puede modificar las creencias sobre las consecuencias de realizarse el examen (29).

3.3.2.2. Norma subjetiva

La norma subjetiva se refiere a la presión social que percibe una persona para realizar o evitar una conducta. Se construye a partir de las expectativas atribuidas a individuos significativos y de la motivación para actuar de acuerdo con tales expectativas, entre las que pueden encontrarse las opiniones del médico, la pareja, la familia y los amigos (42).

En la decisión de realizarse el PSA, la recomendación del profesional de salud puede ejercer una influencia importante. La explicación de la utilidad del examen y su indicación según la edad, los antecedentes y las condiciones clínicas pueden favorecer una norma subjetiva positiva y fortalecer la disposición del paciente (29). El entorno familiar también puede fomentar la búsqueda de atención mediante el apoyo y el acompañamiento. En cambio, las opiniones negativas, las bromas o los prejuicios sobre los exámenes prostáticos pueden generar resistencia, especialmente cuando el paciente asocia la evaluación con una amenaza a su masculinidad o intimidad (43).

3.3.2.3. Control conductual percibido

El control conductual percibido expresa la valoración que realiza el individuo acerca de la facilidad o dificultad de ejecutar una conducta. Se relaciona con la confianza en la propia capacidad para actuar y con la percepción de que se dispone de los recursos, oportunidades y medios necesarios para hacerlo (42).

En relación con el PSA, el control percibido puede ser elevado cuando el paciente sabe dónde solicitar el examen, conoce el procedimiento, dispone de tiempo y considera accesible el servicio. Estas condiciones disminuyen la incertidumbre y aumentan la percepción de que la realización de la prueba se encuentra bajo su control. Por el contrario, la falta de información, los costos, la distancia, los horarios, las dificultades para obtener una cita o la ausencia de recomendación médica pueden ser percibidos como obstáculos. En tales circunstancias, el paciente puede mantener una actitud favorable y aun así postergar el examen porque considera difícil concretarlo (44).

3.3.2.4. Aplicación de la teoría al contexto del PSA

La Teoría del Comportamiento Planificado permite interpretar la predisposición hacia el PSA como el resultado de la interacción de factores personales, sociales y asistenciales. La actitud expresa la valoración del examen; la norma subjetiva representa la influencia del entorno; y el control percibido refleja la capacidad que el paciente considera tener para acceder a la prueba (42).

En el presente estudio, el conocimiento puede influir indirectamente en estos componentes. Comprender la enfermedad y la finalidad del PSA puede favorecer una actitud positiva, reducir la incertidumbre sobre el procedimiento y fortalecer la percepción de control; sin embargo, la decisión también puede depender de la recomendación médica y de las condiciones de acceso (29). Este planteamiento permite explicar por qué dos pacientes con conocimientos semejantes pueden presentar diferentes niveles de predisposición. Uno puede valorar favorablemente la prueba y contar con apoyo familiar, mientras que otro puede experimentar temor, presión social negativa o dificultades para acudir al establecimiento de salud (43).

3.3.2.5. Aplicación de la TPB en el tamizaje de cáncer

Hevey et al. aplicaron la Teoría del Comportamiento Planificado para estudiar la intención de hombres en riesgo de realizarse la prueba de PSA. Los autores encontraron que la

intención era mayor cuando el examen había sido recomendado por un médico y que la actitud y el control conductual percibido contribuían significativamente a explicarla. En dicho estudio, los componentes de la teoría explicaron aproximadamente el 49 % de la variación de la intención cuando el PSA era recomendado clínicamente. Este hallazgo muestra que el conocimiento de la enfermedad no actúa de manera aislada y que la recomendación médica, la valoración del examen y la percepción de facilidad también intervienen en la decisión (29).

Sieverding et al. utilizaron una versión ampliada de la teoría para evaluar la intención y la conducta de los hombres frente a las pruebas de detección del cáncer de próstata y colorrectal. Sus resultados mostraron que las normas sociales desempeñaban un papel importante y que observar la conducta preventiva de otros varones aportaba capacidad explicativa adicional (43).

Mirzaei-Alavijeh et al. analizaron las conductas de detección temprana del cáncer de próstata mediante un cuestionario basado en los componentes de la teoría. La investigación mostró la utilidad de evaluar conjuntamente la actitud, la norma subjetiva, el control conductual percibido y la intención para comprender la participación masculina en las evaluaciones prostáticas (44).

La teoría también ha sido empleada para diseñar intervenciones. Rezaei et al. desarrollaron un ensayo clínico aleatorizado en 68 hombres y encontraron que un programa educativo basado en la TPB mejoró el conocimiento, la actitud, la norma subjetiva, el control percibido y la intención; además, el 33,2 % del grupo intervenido participó posteriormente en la detección prostática, mientras que ningún integrante del grupo control lo hizo (45).

3.3.2.6. Integración con el Modelo de Creencias en Salud

El Modelo de Creencias en Salud explica las conductas preventivas a partir de la susceptibilidad percibida, la gravedad atribuida a la enfermedad, los beneficios esperados, las barreras, las señales para la acción y la autoeficacia. Estos componentes permiten comprender por qué una persona considera necesario o innecesario adoptar una medida para proteger su salud. En el cáncer de próstata, la susceptibilidad puede aumentar cuando el paciente reconoce que su edad o sus antecedentes familiares elevan el riesgo. La gravedad se relaciona con las consecuencias atribuidas a un diagnóstico tardío, mientras que los beneficios y las barreras expresan la valoración de la utilidad del examen y de las dificultades para realizarlo (46).

Ambos modelos se complementan porque el Modelo de Creencias en Salud explica la valoración de la amenaza y de la acción preventiva, mientras que la Teoría del Comportamiento

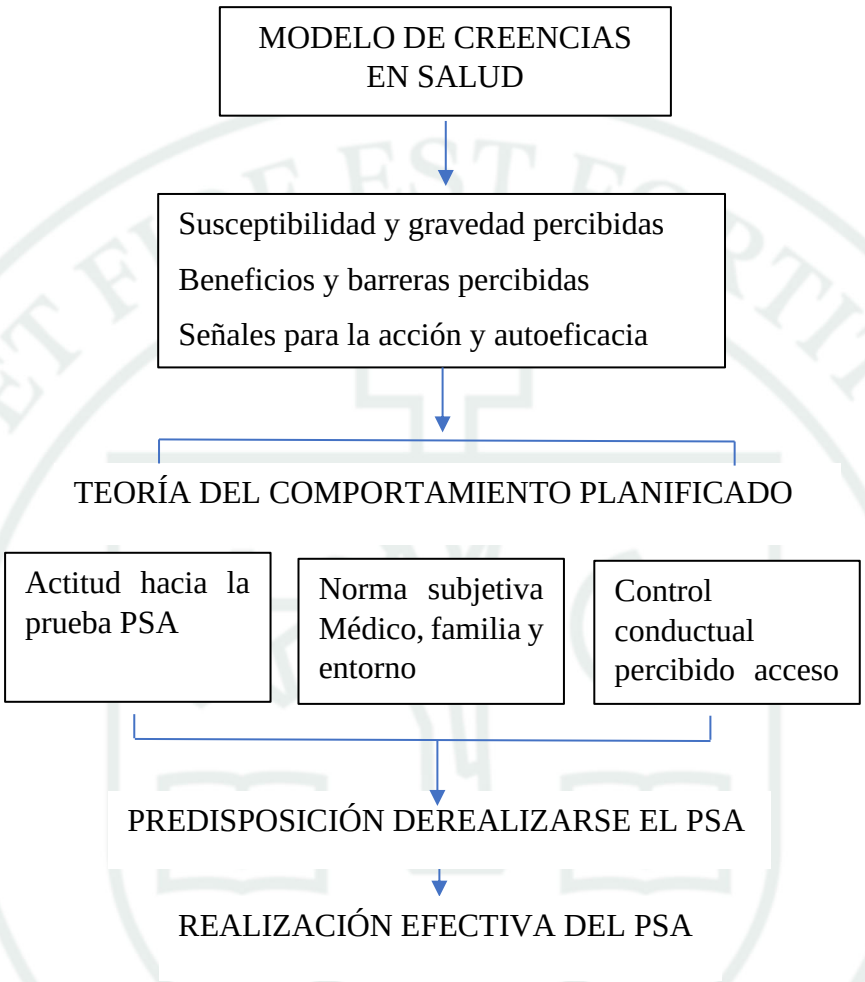
Planificado describe cómo esas valoraciones, junto con la influencia social y el control percibido, contribuyen a formar la intención. La susceptibilidad y la gravedad percibidas pueden influir en las creencias sobre la necesidad del PSA; los beneficios y barreras pueden contribuir a formar la actitud; la autoeficacia se relaciona con el control conductual percibido; y la recomendación médica puede actuar como señal para la acción y como influencia normativa (47).

En la presente investigación, el conocimiento se considera un antecedente cognitivo capaz de modificar las creencias sobre el cáncer de próstata y la prueba de PSA. Una información adecuada puede favorecer la percepción de riesgo, la valoración de los beneficios y la reducción de barreras cognitivas, contribuyendo a una predisposición más informada (46).

Sin embargo, el instrumento aplicado no evaluó de manera independiente la actitud, la norma subjetiva, el control conductual percibido ni todos los componentes del Modelo de Creencias en Salud. Por ello, ambos modelos se utilizan como fundamentos explicativos de la relación entre conocimiento y predisposición, pero no fueron sometidos íntegramente a comprobación estadística (42).

Cuadro 3

Integración de la TPB y el Modelo de Creencias en Salud aplicada al PSA



4. HIPÓTESIS

4.1. Hipótesis

H_1: Existe una relación entre el nivel de conocimiento de cáncer de próstata y realizarse la prueba PSA en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa-2026.

4.2. Hipótesis nula

H_0: No existe una relación entre el nivel de conocimiento de cáncer de próstata y realizarse la prueba PSA en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa-2026.

CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Para el presente estudio, la técnica principal para la recolección de información fue la encuesta, debido a que permitió obtener datos de manera sistemática y estandarizada de un número considerable de participantes. Asimismo, esta técnica se empleó para recopilar información directamente de las personas mediante un conjunto estructurado de preguntas; en ese sentido, el instrumento estuvo conformado por preguntas organizadas previamente y fue aplicado a los pacientes seleccionados con la finalidad de obtener información sobre su nivel de conocimiento respecto al cáncer de próstata y su predisposición a realizarse la prueba de PSA (26).

1.2. Instrumentos

Para la recolección de datos se empleó la técnica de la encuesta, aplicada a los pacientes seleccionados. Como instrumento se utilizó un cuestionario estructurado de 11 ítems, de los cuales 10 estuvieron destinados a evaluar el nivel de conocimiento sobre cáncer de próstata y uno a valorar la predisposición a realizarse la prueba de PSA. Los ítems de conocimiento se distribuyeron en cuatro dimensiones: conocimiento general, con dos ítems; signos y síntomas, con un ítem; factores de riesgo, con tres ítems; y detección oportuna, con cuatro ítems. Cada respuesta correcta recibió 1 punto, mientras que las respuestas incorrectas y la alternativa «no sabe» recibieron 0 puntos. El puntaje global se obtuvo mediante la suma de los 10 ítems de conocimiento y se clasificó según el siguiente baremo: nivel bajo, de 0 a 3 puntos; nivel medio, de 4 a 7 puntos; y nivel alto, de 8 a 10 puntos. Asimismo, el puntaje de cada dimensión se calculó sumando los ítems correspondientes, lo que permitió identificar las áreas de mayor fortaleza o déficit de conocimiento. Finalmente, la predisposición a realizarse la prueba de PSA se evaluó mediante una pregunta dicotómica con las alternativas «sí» y «no», la cual no formó parte del puntaje global de conocimiento.

1.3. Materiales de Verificación

Para la fase de verificación, se consideraron como materiales de respaldo el cuestionario aplicado y la base de datos generada en Microsoft Excel; y los datos obtenidos fueron registrados inicialmente en Excel, donde se realizó una revisión sistemática para asegurar su completitud, coherencia y consistencia, identificando valores faltantes, duplicados o errores de digitación; y esta organización previa facilitó la codificación y clasificación de las variables,

garantizando que la información se encontrara en condiciones óptimas para la ejecución del análisis descriptivo e inferencial correspondiente.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

El ámbito del presente estudio estuvo constituido por los pacientes varones de 40 años a más atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, durante el periodo del año 2026. Asimismo, se desarrolló en un contexto asistencial, lo cual permitió analizar, en condiciones reales de atención, el nivel de conocimientos sobre cáncer de próstata y su relación con la predisposición a realizarse la prueba de PSA; y dado que este grupo acudió por distintos motivos de consulta y pudo presentar diversos niveles de información en salud, el estudio ofreció una oportunidad para identificar brechas de conocimiento relevantes para la detección oportuna y orientar acciones de educación sanitaria acordes con las necesidades de la población evaluada.

2.2. Temporalidad

El estudio se llevó a cabo durante los meses de mayo y junio del 2026.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, representando una población adecuada para evaluar el nivel de conocimientos sobre cáncer de próstata y la predisposición a realizarse la prueba de PSA, debido a que constituyeron potenciales beneficiarios de acciones preventivas y de detección oportuna. En consecuencia, su evaluación permitió obtener información pertinente y representativa sobre su grado de conocimiento, así como sobre su disposición a adoptar medidas de tamizaje orientadas a la prevención y diagnóstico temprano.

2.4. Ubicación Espacial

2.4.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por 209 pacientes varones de 40 años o más atendidos en los consultorios externos del Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza durante los meses de mayo y junio de 2026. El tamaño de la población se obtuvo del registro

institucional de pacientes atendidos durante dicho periodo, proporcionado por la Oficina de Estadística del establecimiento de salud.

2.4.2. Muestra

El tamaño mínimo de la muestra se determinó mediante la fórmula para poblaciones finitas, considerando una población de 209 pacientes varones de 40 años o más. Para el cálculo se estableció un nivel de confianza del 95 % (Z=1,96), una proporción esperada del 50 % (p=0,50), una proporción complementaria del 50 % (q=0,50) y un margen de error del 5 % (d=0,05). Se empleó una proporción esperada del 50 % por representar el supuesto de máxima variabilidad.

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

n: tamaño mínimo de la muestra.

N: tamaño de la población, correspondiente a 209 pacientes.

Z: valor crítico para un nivel de confianza del 95 %, equivalente a 1,96.

p: proporción esperada, equivalente a 0,50.

q: proporción complementaria, equivalente a 0,50.

d: margen de error permitido, equivalente a 0,05.

Reemplazando los valores:

$$n = \frac{209\ (1{,}96)^2\ (0{,}50)\ (0{,}50)}{(0{,}05)^2\ (209-1) + (1{,}96)^2\ (0{,}50)\ (0{,}50)}$$

$$n = 137$$

Finalmente, la muestra analizada estuvo conformada por 137 pacientes varones de 40 años o más, atendidos en los consultorios externos del Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza durante el periodo de recolección de datos, por lo que se usó el tamaño mínimo calculado.

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que participaron los pacientes que se encontraban disponibles durante el periodo de recolección, cumplían los criterios de selección y aceptaron voluntariamente participar en la investigación. Aunque se alcanzó el tamaño mínimo requerido, este procedimiento no garantizó que todos los integrantes de la población tuvieran la misma probabilidad de ser seleccionados; por ello, esta limitación fue considerada en la interpretación y generalización de los resultados.

2.5. Criterios de Selección

2.5.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes varones de 40 años a más atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza durante el año 2026.
- Pacientes dispuestos a participar de manera voluntaria en el estudio, brindando su consentimiento informado.

2.5.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio o no otorguen su consentimiento informado.
- Pacientes en condición clínica aguda grave que imposibilite la encuesta en forma ética y segura.
- Pacientes con alteraciones cognitivas, trastornos neurológicos o dificultades de comunicación que impidan comprender y responder el cuestionario.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

3.1.1. Validación del instrumento

La validación del instrumento se realizó mediante juicio de expertos, con la participación de profesionales con experiencia en investigación y conocimientos en el área de urología y salud pública. Los especialistas evaluaron la pertinencia, claridad, coherencia y relevancia de cada uno de los ítems incluidos en el cuestionario, considerando su relación con las variables y dimensiones del estudio. Asimismo, las observaciones y sugerencias formuladas permitieron realizar ajustes en la redacción y estructura del instrumento, garantizando su adecuada comprensión y correspondencia con los objetivos de la investigación. Finalmente, el

proceso de validación fue acreditado mediante las fichas de evaluación correspondientes, las cuales se presentan en el Anexo III de la presente investigación.

3.1.2. Análisis de datos

Para evaluar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer de próstata y la predisposición a realizarse la prueba de PSA se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. Previamente, se verificó que al menos el 80 % de las celdas presentara frecuencias esperadas iguales o superiores a 5 y que ninguna frecuencia esperada fuera menor de 1. Cuando estos supuestos no se cumplieran, se consideraría la aplicación de una prueba exacta; sin embargo, en el análisis realizado todas las frecuencias esperadas fueron superiores a 5. Asimismo, se calculó la V de Cramer para establecer la magnitud de la asociación. Adicionalmente, mediante regresión logística binaria simple se estimaron los odds ratios, sus intervalos de confianza al 95 % y valores de significancia para cada nivel de conocimiento, considerando el nivel bajo como categoría de referencia. Se estableció un nivel de confianza del 95 % y se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

Los recursos humanos del presente estudio estuvieron integrados por los pacientes del Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, quienes participaron como unidades de estudio mediante la respuesta al cuestionario, y por el investigador principal, quien asumió las responsabilidades relacionadas con la planificación y ejecución del estudio.

3.2.2. Materiales

Para el desarrollo de esta investigación se emplearon materiales necesarios para la recolección, organización y procesamiento de la información, pero el material principal fue un cuestionario estructurado diseñado para evaluar el nivel de conocimientos sobre cáncer de próstata y la predisposición a realizarse la prueba de PSA en los pacientes de un hospital de Arequipa. Asimismo, se utilizaron los programas Microsoft Excel 2010 y SPSS versión 26, mediante los cuales se realizó la codificación, verificación y análisis estadístico de los datos recolectados; y de manera complementaria, se contó con bibliografía científica actualizada y literatura especializada relacionada con el cáncer de próstata, su prevención y la detección oportuna, la cual sirvió como sustento teórico del estudio.

3.2.3. Financieros

El presupuesto destinado para esta investigación cubrió principalmente los gastos asociados a la elaboración, impresión y aplicación del cuestionario, así como la adquisición de materiales básicos de oficina requeridos durante la recolección y organización de la información. Asimismo, se consideraron costos vinculados al acceso e impresión de bibliografía científica especializada relacionada con el cáncer de próstata y la realización de la prueba de PSA como método de detección oportuna, la cual constituyó el sustento teórico del estudio.

En cuanto al procesamiento y análisis estadístico, se emplearon programas disponibles como Microsoft Excel 2010 y SPSS versión 26, lo que redujo la necesidad de inversión adicional en software; y también se contemplaron recursos asociados al asesoramiento académico y a eventuales actividades logísticas propias del trabajo de campo (movilidad local, coordinación con el establecimiento de salud y reproducción de formatos).

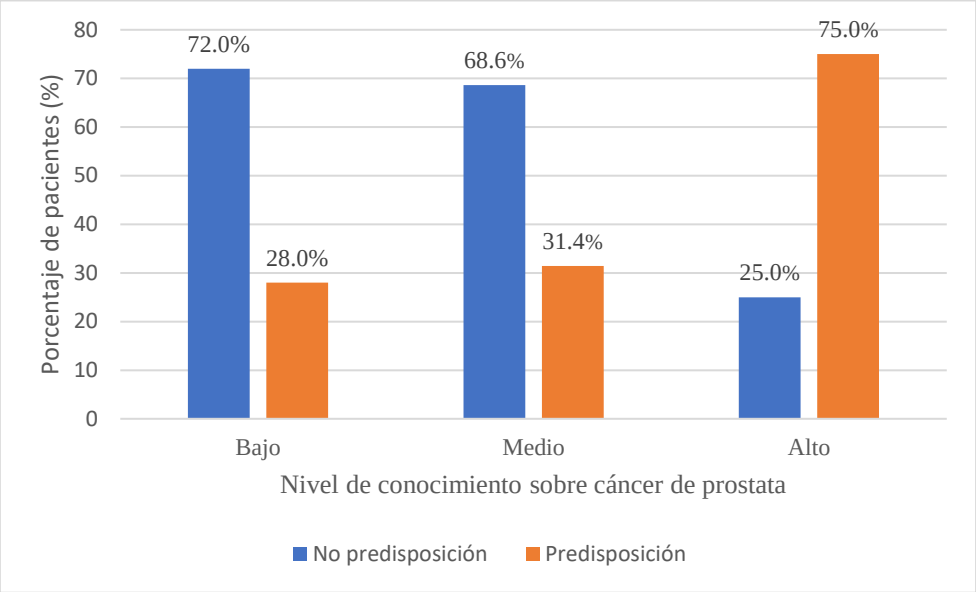
3.3. Aspectos éticos

Los aspectos éticos del estudio fueron evaluados cuidadosamente con la finalidad de garantizar la protección, bienestar y derechos de los participantes. En ese sentido, toda la información recolectada fue manejada bajo estrictos criterios de confidencialidad y protección de datos sensibles, utilizando códigos que evitaron la identificación directa de los participantes; asimismo, no se registraron nombres, documentos de identidad ni información personal que permitiera reconocer individualmente a los pacientes evaluados. Del mismo modo, los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos, permaneciendo bajo resguardo del investigador y restringiendo el acceso a terceros no autorizados. Además, cada participante otorgó su consentimiento informado tras recibir una explicación clara sobre los objetivos, procedimientos y alcances de la investigación. Finalmente, el proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la UCSM, lo que aseguró que todas las actividades se desarrollaran conforme a las normas éticas institucionales y vigentes.

CAPÍTULO III
RESULTADOS

Figura 1

Relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer de próstata y la realizarse la prueba PSA



La figura 1 muestra la relación entre el nivel de conocimiento sobre cáncer de próstata y la realizarse la prueba PSA. Se observa que los participantes con nivel de conocimiento bajo presentaron una menor predisposición hacia la realización de la prueba PSA, debido a que el 72.0% manifestó no tener predisposición para someterse a dicho examen, mientras que solo el 28.0% indicó lo contrario. De manera similar, en el grupo con nivel de conocimiento medio predominó la ausencia de predisposición, representada por el 68.6%, frente al 31.4% que manifestó predisposición. En contraste, los participantes con nivel de conocimiento alto mostraron una mayor predisposición hacia la realización de la prueba PSA, ya que el 75.0% afirmó estar dispuesto a realizarse dicho examen, mientras que el 25.0% señaló no presentar predisposición.

Tabla 1

Prueba Chi-cuadrado de Pearson

Estadístico	Valor	gl	p
Chi-cuadrado de Pearson	22,532	2	< 0,001
Asociación lineal por lineal	17,122	1	< 0,001
V de Cramer	0,406	—	< 0,001
Número de casos válidos	137	—	—

Nota. Ninguna casilla presentó una frecuencia esperada menor de 5; la frecuencia esperada mínima fue de 14,98. Por tanto, se cumplieron los supuestos para la aplicación de la prueba chi-cuadrado de Pearson. La V de Cramer evidenció una asociación de magnitud moderada.

Los resultados evidenciaron una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre cáncer de próstata y la predisposición hacia la realización de la prueba PSA ($\chi^2 = 22,532$; gl = 2; $p < 0,001$). Asimismo, la V de Cramer alcanzó un valor de 0,406, lo que indicó que la asociación entre ambas variables presentó una magnitud moderada. Además, la asociación lineal por lineal fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 17,122$; gl = 1; $p < 0,001$), evidenciándose que, conforme aumentó el nivel de conocimiento, también se incrementó la predisposición favorable hacia la realización de la prueba PSA.

Tabla 2

Análisis multivariado

Modelo	Variable	OR/ORa	IC 95 %	p
Modelo 1	Conocimiento alto frente a bajo	22,77	6,74–76,87	<0,001
Modelo 2	Conocimiento alto frente a bajo, ajustado por edad	23,04	6,79–78,11	<0,001
Modelo 3	Conocimiento alto frente a bajo, ajustado por edad, nivel educativo y ocupación	23,55	6,88–80,63	<0,001

Nota. El Modelo 1 incluyó únicamente el nivel de conocimiento. El Modelo 2 fue ajustado por edad. El Modelo 3 fue ajustado por edad, nivel educativo y ocupación. La categoría de referencia fue el nivel bajo de conocimiento. OR = odds ratio; ORa = odds ratio ajustado; IC 95 % = intervalo de confianza del 95 %. La variable dependiente fue la predisposición a realizarse el examen de PSA, codificada como 0 = no y 1 = sí. El análisis comprendió 137 participantes.

En el Modelo 1, los pacientes con un nivel alto de conocimiento presentaron 22,77 veces mayores posibilidades de mostrar predisposición a realizarse el examen de PSA, en comparación con aquellos que presentaron un nivel bajo de conocimiento (OR = 22,77; IC 95 %: 6,74–76,87; $p < 0,001$).

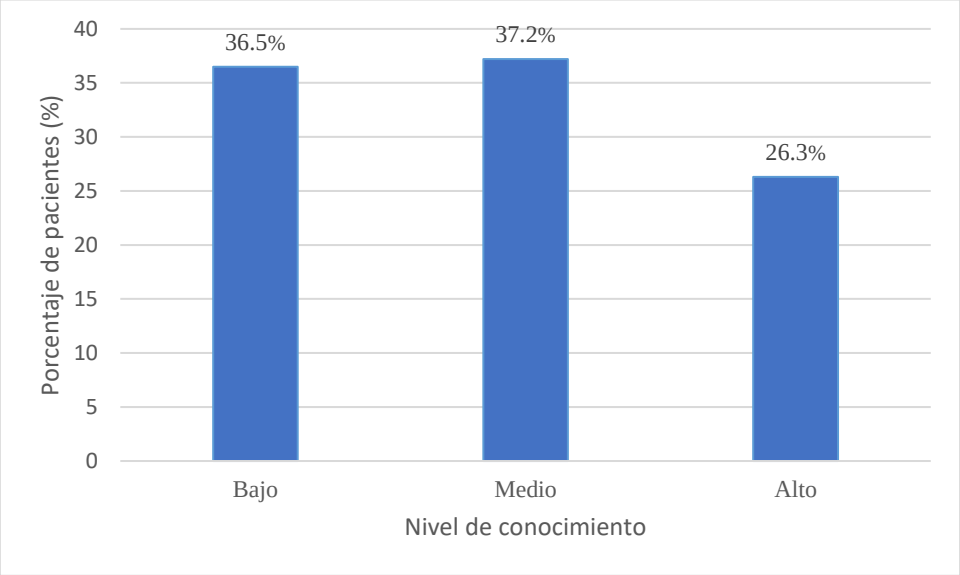
Después de controlar la edad en el Modelo 2, la asociación se mantuvo estadísticamente significativa, observándose que los pacientes con conocimiento alto presentaron 23,04 veces mayores posibilidades de estar predispuestos a realizarse el examen de PSA, respecto de quienes mostraron un nivel bajo de conocimiento (ORa = 23,04; IC 95 %: 6,79–78,11; $p < 0,001$).

Finalmente, en el Modelo 3, luego de ajustar simultáneamente por edad, nivel educativo y ocupación, los pacientes con conocimiento alto presentaron 23,55 veces mayores posibilidades de mostrar predisposición a realizarse el examen de PSA, en comparación con los pacientes con conocimiento bajo (ORa = 23,55; IC 95 %: 6,88–80,63; $p < 0,001$).

En consecuencia, la asociación entre el nivel de conocimiento y la predisposición a realizarse el examen de PSA permaneció estadísticamente significativa en los tres modelos. La escasa variación de los odds ratios después de incorporar las variables de ajuste evidencia que la relación entre ambas variables fue independiente de la edad, el nivel educativo y la ocupación.

Figura 2

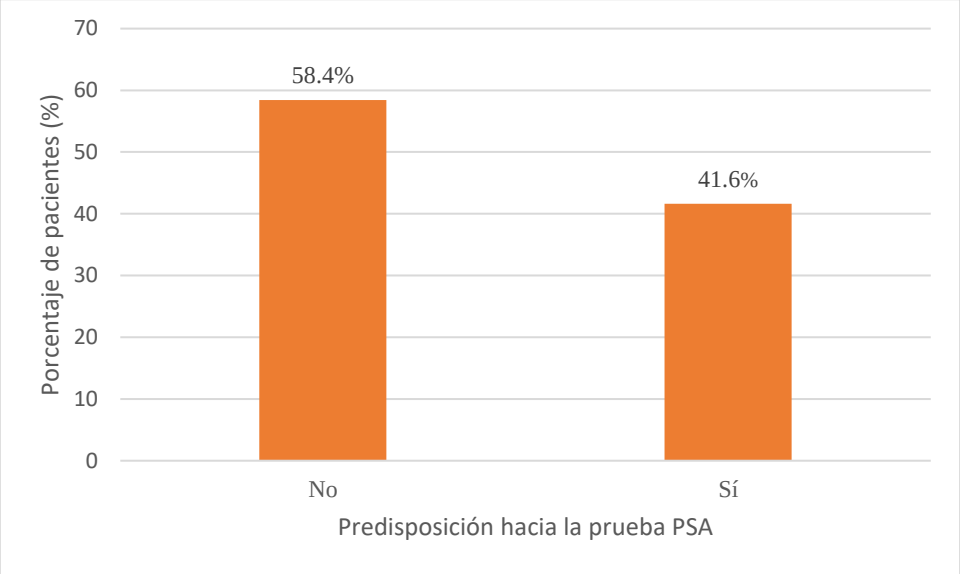
Nivel de conocimiento sobre cáncer de próstata



Los resultados evidenciaron que el nivel de conocimiento medio sobre cáncer de próstata representó la mayor frecuencia entre los pacientes evaluados, alcanzando el 37.2% de la muestra. Asimismo, el 36.5% de los participantes evidenció un nivel bajo de conocimiento, mientras que el 26.3% presentó un nivel alto.

Figura 3

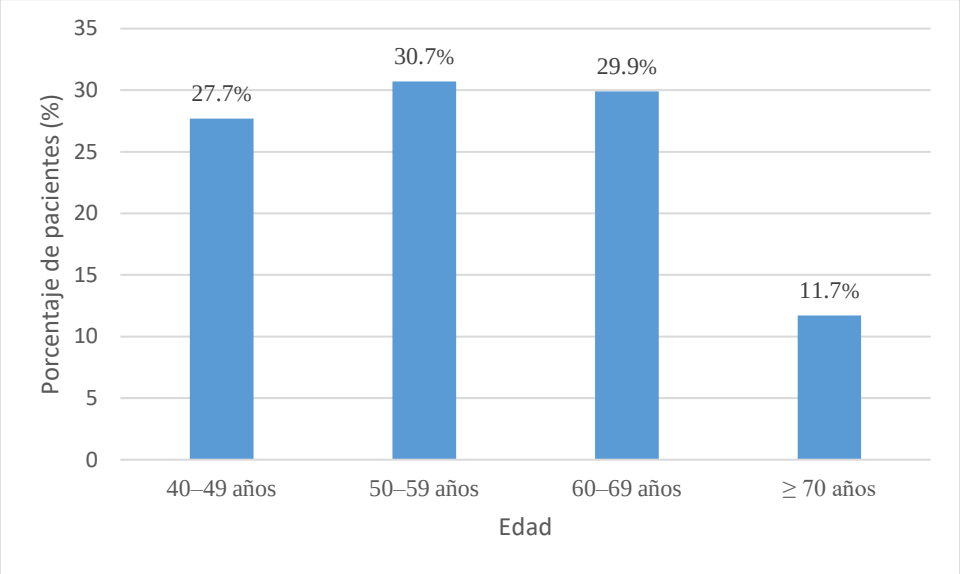
Predisposición hacia la realización de la prueba PSA



Los resultados descriptivos evidenciaron que predominó la no predisposición hacia la realización de la prueba de antígeno prostático específico (PSA), representada por el 58.4% de los participantes. Por otra parte, el 41.6% manifestó predisposición favorable hacia la realización de dicho examen. En consecuencia, los hallazgos permiten apreciar que más de la mitad de los participantes no presentó predisposición hacia una conducta preventiva relacionada con la detección temprana del cáncer de próstata.

Figura 4

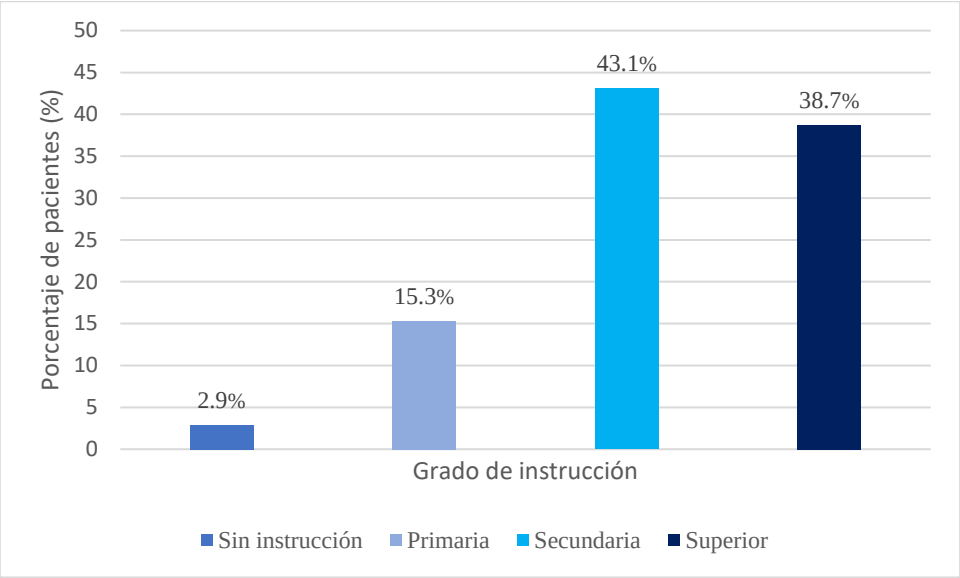
Edad de los pacientes



Los resultados evidenciaron que el grupo etario de 50 a 59 años presentó la mayor frecuencia dentro de los pacientes evaluados, representando el 30.7% de la muestra. Asimismo, el 29.9% correspondió a participantes con edades entre 60 y 69 años, mientras que el 27.7% estuvo conformado por pacientes de 40 a 49 años. Del mismo modo, el grupo de ≥ 70 años presentó la menor frecuencia, alcanzando el 11.7% del total evaluado.

Figura 5

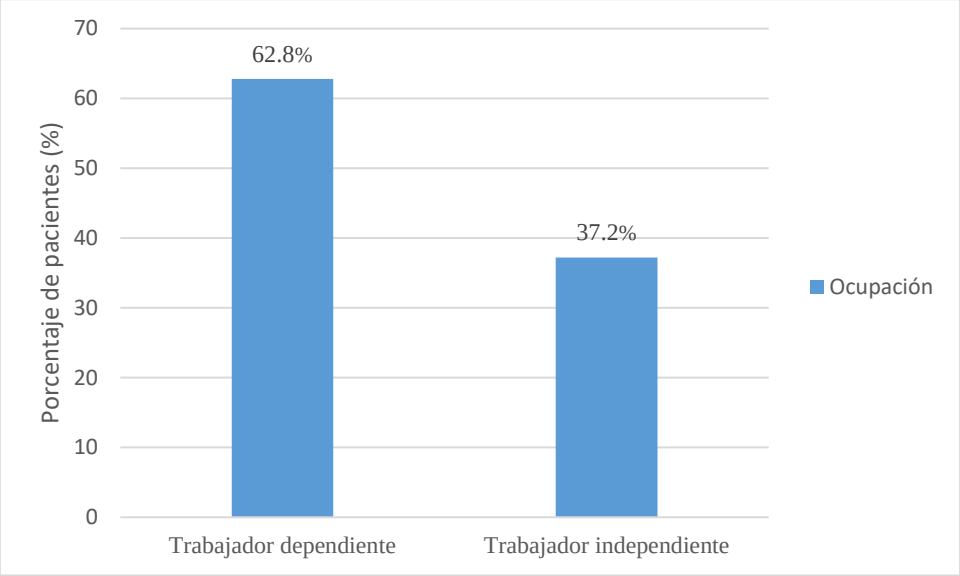
Grado de instrucción de los pacientes



Los resultados evidenciaron que el grado de instrucción secundaria representó la mayor frecuencia entre los pacientes evaluados, alcanzando el 43.1% de la muestra. Asimismo, el 38.7% de los participantes presentó grado de instrucción superior, mientras que el 15.3% correspondió al nivel primario. Del mismo modo, únicamente el 2.9% de los pacientes manifestó no contar con instrucción.

Figura 6

Ocupación de los pacientes



Los resultados evidenciaron que los trabajadores dependientes presentaron la mayor frecuencia dentro de los pacientes evaluados, representando el 62.8% de la muestra. Asimismo, el 37.2% correspondió a trabajadores independientes. En ese sentido, se aprecia un predominio de pacientes con ocupación dependiente dentro de la población estudiada.

DISCUSIÓN

En la Figura 1 y la Tabla 1 se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre cáncer de próstata y la predisposición hacia la realización de la prueba de antígeno prostático específico (PSA) ($\chi^2 = 22,532$; gl = 2; $p < 0,001$). Asimismo, la V de Cramer alcanzó un valor de 0,406, lo que evidenció que la asociación entre ambas variables presentó una magnitud moderada. Además, la asociación lineal por lineal fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 17,122$; gl = 1; $p < 0,001$), confirmándose una tendencia progresiva en la que, conforme aumentó el nivel de conocimiento, también se incrementó la predisposición favorable hacia la realización del examen.

En efecto, el 72,0 % de los participantes con conocimiento bajo manifestó no presentar predisposición hacia la prueba PSA y únicamente el 28,0 % indicó estar dispuesto a realizársela. De manera similar, entre los participantes con conocimiento medio predominó la ausencia de predisposición, representada por el 68,6 %, mientras que el 31,4 % mostró predisposición favorable. En contraste, entre quienes alcanzaron un conocimiento alto, el 75,0 % manifestó predisposición hacia el examen y solo el 25,0 % señaló no estar dispuesto a realizárselo. Estos resultados muestran que el conocimiento se encuentra relacionado con la predisposición hacia el PSA; sin embargo, por el diseño transversal del estudio, no puede afirmarse que un mayor conocimiento cause directamente una mayor predisposición.

La Tabla 2 complementó este resultado mediante el análisis de regresión logística binaria. En el Modelo 1, sin ajuste por otras variables, los pacientes con conocimiento alto presentaron 22,77 veces mayores posibilidades de mostrar predisposición hacia la realización del PSA que aquellos con conocimiento bajo (OR = 22,77; IC 95 %: 6,74–76,87; $p < 0,001$). Después de controlar la edad en el Modelo 2, la asociación permaneció estadísticamente significativa y prácticamente no modificó su magnitud (ORa = 23,04; IC 95 %: 6,79–78,11; $p < 0,001$). Finalmente, en el Modelo 3, luego de ajustar simultáneamente por edad, nivel educativo y ocupación, los pacientes con conocimiento alto presentaron 23,55 veces mayores posibilidades de mostrar predisposición hacia la prueba que aquellos con conocimiento bajo (ORa = 23,55; IC 95 %: 6,88–80,63; $p < 0,001$).

La estabilidad de los odds ratios en los tres modelos evidencia que la asociación entre conocimiento y predisposición no fue explicada sustancialmente por la edad, el nivel educativo, ni la ocupación. Por tanto, dentro de la población evaluada, el nivel de conocimiento mantuvo una asociación independiente con la predisposición hacia la realización del PSA. No obstante,

el intervalo de confianza del modelo final fue amplio, lo que muestra una precisión limitada en la estimación de la magnitud del efecto. En consecuencia, aunque la dirección y significancia de la asociación fueron consistentes, el valor puntual del OR ajustado debe interpretarse con cautela.

La coexistencia de una V de Cramer de magnitud moderada y un OR ajustado elevado no constituye necesariamente una contradicción. La V de Cramer expresa la intensidad global de la asociación considerando simultáneamente los tres niveles de conocimiento, mientras que el OR presentado compara específicamente a los participantes con conocimiento alto frente a quienes presentaron conocimiento bajo. Al tratarse de una comparación entre categorías extremas y de grupos con frecuencias relativamente reducidas, la magnitud del OR puede ser elevada y acompañarse de un intervalo de confianza amplio.

Los resultados obtenidos presentan una coincidencia parcial con lo reportado por Castro (2024), quien encontró que el conocimiento sobre cáncer de próstata se asociaba significativamente con el conocimiento de las pruebas de tamización (OR = 8,944), mientras que la recomendación médica se relacionó fuertemente con la realización previa del PSA (OR = 23,9) (13). Ambos estudios muestran que la información relacionada con el cáncer de próstata se vincula con respuestas favorables hacia su detección. Sin embargo, sus resultados no son directamente equivalentes, debido a que Castro evaluó el conocimiento de las pruebas y la realización previa del PSA, mientras que en la presente investigación se midió la predisposición futura mediante una respuesta dicotómica.

Además, Castro desarrolló su estudio en trabajadores universitarios de 45 años o más, seleccionados mediante muestreo por conveniencia, quienes probablemente presentaban un perfil educativo y un acceso a información sanitaria distintos a los de los pacientes atendidos en un hospital público. En dicho antecedente, el 81,46 % manifestó haberse realizado el PSA alguna vez, resultado considerablemente diferente de la predominante ausencia de predisposición encontrada en el presente estudio. La recomendación médica fue uno de los factores más fuertemente relacionados con la realización del examen, lo que sugiere que la decisión de someterse al PSA no depende exclusivamente del conocimiento, sino también de las indicaciones recibidas durante la atención sanitaria. Esta variable no fue medida en la presente investigación y podría explicar parte de las diferencias observadas.

De igual manera, Chamorro-Jiménez et al. (2019) encontraron una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la realización del tamizaje

prostático (p = 0,003), además de relaciones con la percepción (p = 0,043) y el grado de instrucción (p = 0,016) (7). La dirección de estos resultados coincide con el presente estudio, puesto que un mayor conocimiento se vinculó con una respuesta preventiva más favorable. Sin embargo, Chamorro-Jiménez et al. incluyeron a 424 varones mayores de 45 años seleccionados mediante muestreo aleatorio simple y definieron el resultado como realización efectiva del tamizaje mediante PSA y tacto rectal. En cambio, la presente investigación empleó muestreo por conveniencia y evaluó únicamente la predisposición declarada hacia el PSA. Por ello, la semejanza radica en la dirección de la asociación, pero no permite comparar directamente la magnitud de los efectos.

En contraste, los resultados difieren de los reportados por Coronado y Peña (2023), quienes evaluaron a 202 pacientes atendidos en el consultorio externo de Urología del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo. En dicho estudio, el 87,6 % manifestó disposición hacia la realización del PSA, pero no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y dicha disposición (17). Este antecedente es el más comparable con la presente investigación porque examinó las mismas variables y empleó un diseño transversal; sin embargo, existen diferencias metodológicas que pueden explicar la discrepancia.

En primer lugar, Coronado y Peña utilizaron un instrumento elaborado por las investigadoras y baremos diferentes para clasificar el conocimiento. En su muestra, el 65,8 % presentó conocimiento bajo, el 29,7 % conocimiento medio y solo el 4,5 % conocimiento alto, mientras que en el presente estudio las categorías estuvieron distribuidas de manera más equilibrada. En segundo lugar, la predisposición favorable alcanzó el 87,6 %, por lo que existió una elevada concentración de respuestas en una sola categoría. Esta limitada variabilidad del resultado pudo reducir la capacidad estadística para identificar diferencias según el nivel de conocimiento.

En tercer lugar, los participantes del estudio de Chiclayo fueron captados específicamente en un consultorio de Urología, por lo que posiblemente habían recibido indicaciones, consejería o información previa sobre la prueba. En cambio, la presente investigación incluyó pacientes de consultorios externos que podían acudir por distintos motivos de atención. Estas diferencias en la exposición previa a información sanitaria podrían contribuir a explicar la mayor predisposición registrada en Chiclayo. Aunque también pueden existir diferencias contextuales entre Chiclayo y Arequipa, no resulta metodológicamente

adecuado atribuir la discrepancia a factores socioculturales sin haber medido directamente las creencias, el temor, la recomendación médica, el acceso al examen o la percepción de riesgo en ambas poblaciones.

Por otra parte, en la Figura 2 se observó que predominó el nivel medio de conocimiento sobre cáncer de próstata, representado por el 37,2 % de los participantes, seguido muy cercanamente por el nivel bajo, con el 36,5 %, mientras que el 26,3 % alcanzó un nivel alto. La proximidad entre los porcentajes correspondientes a los niveles medio y bajo evidencia que una proporción considerable de pacientes todavía presentó limitaciones para comprender integralmente aspectos vinculados con la enfermedad, sus factores de riesgo, su posible curso asintomático y las estrategias de detección oportuna.

Este resultado presenta semejanza con lo reportado por Segura y Tarrillo (2024), quienes identificaron un predominio del nivel medio de conocimiento, correspondiente al 82,5 % de los participantes (18). Sin embargo, la magnitud fue considerablemente mayor que la registrada en el presente estudio. Esta diferencia puede explicarse por las características de los instrumentos, puesto que Segura y Tarrillo utilizaron un cuestionario de 15 preguntas distribuido en cinco dimensiones, sometido a juicio de ocho expertos y con un alfa de Cronbach de 0,83. Además, evaluaron únicamente a varones de 40 a 59 años y emplearon criterios propios para clasificar los niveles de conocimiento.

En la presente investigación se aplicaron 10 ítems para medir conocimiento y se establecieron los niveles bajo, medio y alto mediante otros puntos de corte. Por tanto, una persona clasificada con conocimiento medio en un estudio no necesariamente habría recibido la misma clasificación en el otro. Esta heterogeneidad en la cantidad, dificultad y contenido de las preguntas limita la comparación directa de los porcentajes y evidencia la necesidad de emplear instrumentos estandarizados para valorar el conocimiento sobre cáncer de próstata.

Asimismo, Cutipa (2019) evidenció que, pese a existir cierto conocimiento general sobre la enfermedad, el 61,7 % de los participantes desconocía el procedimiento del PSA y únicamente el 8,5 % se había realizado la prueba (16). Además, identificó relaciones entre las creencias inadecuadas, las actitudes desfavorables y el desconocimiento del examen. Estos resultados permiten complementar los hallazgos de la presente investigación, debido a que muestran que la información general sobre el cáncer de próstata no garantiza necesariamente el conocimiento específico del PSA ni la aceptación de la prueba. Las creencias erróneas, el temor,

la indiferencia y las actitudes negativas pueden actuar como barreras entre el conocimiento y la conducta preventiva.

De igual manera, Peña (2022) reportó que el 75,6 % de los participantes desconocía el cáncer de próstata, el 19,1 % solo había escuchado sobre la enfermedad y únicamente el 5,3 % manifestó conocerla (12). La mayor frecuencia de desconocimiento encontrada en dicho estudio puede relacionarse con las características de la población evaluada y con la forma en que se definió el conocimiento. No obstante, ambos estudios muestran que persisten brechas informativas entre los varones mayores de 40 años, las cuales pueden limitar la participación informada en las actividades de detección.

En la Figura 3 se encontró que predominó la no predisposición hacia la realización de la prueba PSA, representada por el 58,4 % de los participantes, mientras que el 41,6 % manifestó predisposición favorable. Este resultado evidencia que más de la mitad de los pacientes evaluados no mostró disposición para realizarse el examen. No obstante, debe precisarse que la variable evaluada correspondió a una intención declarada y no a la realización efectiva del PSA. Por consiguiente, no puede afirmarse que todos los participantes predispuestos se someterán posteriormente a la prueba, ni que quienes respondieron negativamente mantendrán necesariamente dicha decisión después de recibir consejería médica.

Los resultados presentan una orientación semejante a la reportada por Peña (2022), quien encontró que el 79,7 % de los participantes no se había realizado o desconocía la prueba PSA total y libre (12). Sin embargo, dicho antecedente evaluó una conducta previa, mientras que el presente estudio midió una intención futura. La ausencia de realización puede deberse no solo al desconocimiento o a la falta de disposición, sino también a la ausencia de recomendación médica, dificultades económicas, limitada disponibilidad del examen o barreras para acceder a los servicios de salud. Por ello, los porcentajes no deben considerarse directamente equivalentes.

Del mismo modo, Bejar et al. (2025) reportaron que el 85,3 % de los participantes no se había sometido al PSA y que entre las principales barreras se encontraban el miedo al diagnóstico, el desconocimiento y el estigma o vergüenza (15). Aunque la proporción de no realización fue superior a la ausencia de predisposición encontrada en el presente estudio, ambos resultados evidencian dificultades para incorporar el PSA dentro de las prácticas preventivas. La diferencia también muestra que una predisposición favorable no garantiza la

ejecución del examen, debido a que entre la intención y la conducta pueden intervenir obstáculos psicológicos, sociales, económicos y asistenciales.

Hevey et al. (2009) señalaron que la intención de realizarse el PSA no depende únicamente del conocimiento, sino también de la actitud hacia el examen, las normas subjetivas y el control conductual percibido (14). Después de controlar el conocimiento y la experiencia previa con la enfermedad, estos componentes explicaron una proporción considerable de la variación en la intención de someterse al PSA cuando era recomendado por un médico. Este resultado es consistente con el hecho de que, en la presente investigación, el 25,0 % de los participantes con conocimiento alto no manifestó predisposición favorable. Por tanto, incluso cuando una persona posee información adecuada, pueden persistir barreras como temor al diagnóstico, ansiedad, baja percepción de vulnerabilidad, influencia del entorno familiar o dificultades percibidas para acceder al examen.

Respecto a las características sociodemográficas, en la Figura 4 se observó que el grupo de 50 a 59 años presentó la mayor frecuencia, con el 30,7 %, seguido por los pacientes de 60 a 69 años, con el 29,9 %. Los participantes de 40 a 49 años representaron el 27,7 %, mientras que los pacientes de 70 años o más constituyeron el 11,7 %. Esta distribución permitió incluir a pacientes pertenecientes a diferentes etapas de la adultez; sin embargo, se concentró principalmente en los grupos de 50 a 69 años, en los cuales suele aumentar el interés clínico por la evaluación prostática y la posibilidad de recibir recomendaciones relacionadas con el PSA.

A pesar de ello, el ajuste por edad en el Modelo 2 no produjo una modificación sustancial de la relación entre conocimiento y predisposición, debido a que el OR pasó de 22,77 a 23,04. Esto sugiere que, en la muestra estudiada, la edad no explicó la asociación observada entre las variables principales. No obstante, este resultado no significa que la edad carezca de relevancia clínica o preventiva, sino únicamente que su incorporación al modelo no alteró de manera importante la estimación correspondiente al nivel de conocimiento.

En la Figura 5 se evidenció que predominó el grado de instrucción secundaria, representado por el 43,1 % de los participantes, seguido del nivel superior, con el 38,7 %. El 15,3 % presentó instrucción primaria y únicamente el 2,9 % no contó con instrucción. Esta composición debe considerarse al interpretar los niveles de conocimiento, puesto que la mayor parte de la muestra poseía educación secundaria o superior y, por tanto, pudo presentar mejores condiciones para comprender la información sanitaria y responder el cuestionario.

No obstante, después de incorporar el nivel educativo junto con la ocupación en el Modelo 3, la asociación entre conocimiento alto y predisposición permaneció estable (ORa = 23,55). Este resultado muestra que la relación principal no se debió únicamente a las diferencias educativas presentes en la muestra. Sin embargo, la reducida cantidad de participantes sin instrucción y con educación primaria limita la posibilidad de efectuar comparaciones precisas entre todos los niveles educativos.

En la Figura 6 se encontró que el 62,8 % de los participantes era trabajador dependiente y el 37,2 % trabajador independiente. Esta distribución permite reconocer que la muestra estuvo integrada principalmente por pacientes vinculados con una actividad laboral dependiente, condición que puede relacionarse con oportunidades distintas de acceso a información, disponibilidad de tiempo y utilización de servicios de salud. A pesar de ello, la inclusión de la ocupación dentro del modelo multivariado no modificó sustancialmente el efecto estimado del conocimiento. En conjunto, la estabilidad del OR después de ajustar por edad, educación y ocupación fortalece la consistencia estadística del hallazgo principal, aunque no elimina la posibilidad de confusión por otras variables no medidas.

Como se aprecia en el cuadro comparativo de antecedentes, los estudios revisados presentan una importante heterogeneidad metodológica. Algunos evaluaron conocimiento general sobre cáncer de próstata; otros midieron conocimiento específico del PSA, creencias, actitudes, intención, predisposición o realización previa del examen. También variaron el número de ítems, los puntos de corte, las propiedades psicométricas, los métodos de muestreo, los tamaños muestrales y las características de las poblaciones. Además, algunos definieron el tamizaje como la realización conjunta del PSA y el tacto rectal. Por consiguiente, las coincidencias y discrepancias deben interpretarse considerando estas diferencias y no como si todos los antecedentes hubieran medido exactamente el mismo fenómeno.

El principal hallazgo de la presente investigación fue que el nivel de conocimiento se asoció estadísticamente con la predisposición hacia la realización del PSA y que dicha asociación se mantuvo después del ajuste por variables sociodemográficas. No obstante, este resultado debe interpretarse dentro de las limitaciones metodológicas del estudio. En primer lugar, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, debido a que participaron los pacientes disponibles durante el periodo de recolección que cumplieron los criterios de selección y aceptaron voluntariamente responder el cuestionario. En consecuencia, no todos los integrantes de la población tuvieron la misma probabilidad de ser incluidos.

Este procedimiento pudo producir sesgo de selección, puesto que los pacientes que aceptaron participar podrían haber presentado mayor interés por su salud, mayor disponibilidad de tiempo o una actitud más favorable hacia la prevención que quienes rechazaron responder. Asimismo, al haberse captado a los participantes dentro de un establecimiento hospitalario, estos pudieron tener mayor contacto con profesionales e información sanitaria que los hombres que no acuden regularmente a los servicios de salud. El sesgo de selección pudo sobreestimar o subestimar los niveles de conocimiento y predisposición y limita la representatividad de los resultados.

En segundo lugar, el estudio estuvo expuesto a un posible sesgo de deseabilidad social, debido a que las respuestas fueron autoinformadas. Los pacientes pudieron seleccionar las alternativas que consideraban correctas o socialmente esperadas, especialmente al responder sobre su disposición hacia una práctica preventiva. Este sesgo podría haber incrementado artificialmente la frecuencia de respuestas correctas y de predisposición favorable. Aun así, predominó la no predisposición, lo cual sugiere la existencia de una resistencia relevante hacia la prueba; sin embargo, no puede descartarse que su magnitud real sea diferente.

En tercer lugar, la validez externa es limitada porque la investigación se realizó en un solo establecimiento de salud y mediante una muestra no probabilística. Aunque se alcanzó el tamaño mínimo calculado de 137 participantes, los resultados representan principalmente a los pacientes atendidos en los consultorios externos del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el periodo evaluado. Por ello, no pueden generalizarse automáticamente a todos los varones mayores de 40 años de Arequipa ni a la población peruana.

En cuarto lugar, el instrumento fue evaluado mediante juicio de expertos, lo cual permitió valorar la pertinencia, claridad, coherencia y relevancia de los ítems. Sin embargo, no se realizó una prueba piloto ni se estimó la confiabilidad del cuestionario en una población con características semejantes a la muestra definitiva. En consecuencia, no se dispone de evidencia empírica suficiente sobre su consistencia interna, comprensión y estabilidad. La validez de contenido otorgada por expertos constituye una fortaleza, pero no sustituye la evaluación psicométrica del instrumento.

En quinto lugar, debe considerarse un posible error de clasificación del nivel de conocimiento. Los puntos de corte utilizados para establecer las categorías bajo, medio y alto, así como la dificultad de las preguntas, pudieron influir en la distribución obtenida. Si algunos ítems fueron demasiado sencillos o permitieron identificar fácilmente la respuesta esperada,

ciertos participantes pudieron ser clasificados en niveles superiores sin poseer una comprensión integral del cáncer de próstata y del PSA. En sentido contrario, preguntas ambiguas o excesivamente específicas pudieron reducir artificialmente los puntajes.

En sexto lugar, la predisposición fue evaluada mediante una única pregunta dicotómica. Esta medición permitió identificar si el participante manifestó estar dispuesto o no a realizarse el PSA, pero no valoró la intensidad de la intención, las condiciones bajo las cuales aceptaría la prueba ni las razones de su decisión. Tampoco se verificó si posteriormente recibió consejería, acudió a una consulta preventiva o se realizó efectivamente el examen. Por tanto, los resultados no permiten estimar la adherencia real ni demostrar que la predisposición se transformará en una conducta preventiva.

En séptimo lugar, aunque la muestra alcanzó el tamaño mínimo calculado para el estudio, su tamaño fue limitado para estimar con elevada precisión asociaciones multivariadas entre varias categorías. Esto se reflejó en los intervalos de confianza amplios de los odds ratios, especialmente en el Modelo 3. La amplitud del intervalo correspondiente al conocimiento alto frente al bajo indica que existe incertidumbre respecto a la magnitud exacta del efecto, aunque la dirección de la asociación permaneció claramente positiva y estadísticamente significativa.

En octavo lugar, el diseño transversal impidió establecer temporalidad entre las variables. El conocimiento y la predisposición fueron medidos en un mismo momento, por lo que no puede determinarse si el conocimiento antecedió a la predisposición o si los pacientes previamente interesados en realizarse el PSA buscaron más información sobre la enfermedad. En consecuencia, los resultados demuestran asociación estadística, pero no permiten afirmar causalidad.

Finalmente, aunque el análisis multivariado controló la edad, el nivel educativo y la ocupación, no se midieron otros posibles factores relacionados con la predisposición, como la recomendación médica, la experiencia previa con el PSA, la percepción personal del riesgo, el temor al diagnóstico, el acceso económico, la disponibilidad del examen, la influencia familiar y las creencias vinculadas con la masculinidad. Por ello, no puede descartarse la presencia de confusión residual.

Se recomienda que futuras investigaciones empleen muestreo probabilístico para garantizar que todos los integrantes de la población tengan una probabilidad conocida de ser seleccionados. También deberían incluir varios establecimientos de salud, participantes que no acuden regularmente a los servicios asistenciales y muestras de mayor tamaño, con la finalidad

de mejorar la representatividad y precisión de las estimaciones. Asimismo, resulta necesario utilizar instrumentos sometidos a prueba piloto y evaluación de confiabilidad, incorporar escalas multidimensionales de intención y barreras, y efectuar un seguimiento posterior para comprobar si la predisposición declarada se convierte efectivamente en la realización del PSA. Los diseños longitudinales permitirían establecer la secuencia temporal entre conocimiento, intención y conducta preventiva.

CONCLUSIONES

1. Se encontró una relación estadísticamente significativa y de magnitud moderada entre el nivel de conocimiento sobre el cáncer de próstata y la predisposición a realizarse la prueba de PSA en los pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza ($\chi^2 = 22{,}532$; gl = 2; $p < 0{,}001$; V de Cramer = 0,406). Esta asociación se mantuvo después de ajustar por edad, nivel educativo y ocupación; asimismo, los pacientes con conocimiento alto presentaron 23,55 veces mayores posibilidades de mostrar una predisposición favorable que aquellos con conocimiento bajo (ORa = 23,55; IC 95 %: 6,88–80,63; $p < 0{,}001$).
2. Se observó un predominio del nivel medio de conocimiento sobre el cáncer de próstata, con el 37,2 %, seguido del nivel bajo, con el 36,5 %, mientras que el 26,3 % presentó un nivel alto. Las principales deficiencias se encontraron en los aspectos relacionados con los factores de riesgo, evaluados mediante las preguntas 3, 7 y 8, y con la detección oportuna, evaluada mediante las preguntas 4, 6, 9 y 10, por lo que constituyen contenidos prioritarios para las intervenciones educativas. Asimismo, los pacientes con educación primaria o menor presentaron una proporción menor de la muestra, lo que sugiere que constituyen un grupo vulnerable que requiere información sencilla y adaptada a su nivel de comprensión.

3. Se encontró una relación estadísticamente significativa y de magnitud moderada entre el nivel de conocimiento sobre el cáncer de próstata y la predisposición a realizarse la prueba de PSA en los pacientes estudiados ($\chi^2=22{,}532$; $p<0{,}001$; V de Cramer=0,406). Los pacientes con mayor nivel de conocimiento presentaron una mayor proporción de predisposición a realizarse la prueba de PSA.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la Dirección, al Servicio de Urología y al área de Promoción de la Salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza implementar un programa de orientación y navegación dirigido a varones de 40 años o más, que incluya consejería breve sobre el cáncer de próstata y la prueba de PSA, materiales visuales adaptados al nivel educativo y recordatorios incorporados al sistema de citas. Estas acciones deberán priorizar a los pacientes con educación primaria o menor y a los de 40 a 49 años, debido a que presentaron mayores necesidades educativas y una menor predisposición hacia la realización del examen.
2. Se recomienda al Servicio de Urología y a los consultorios de Medicina General del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza incorporar la consejería personalizada sobre el PSA durante la atención habitual, explicando sus beneficios, limitaciones y posibles resultados mediante un proceso de toma de decisiones informada. Asimismo, se sugiere registrar la aceptación, postergación o rechazo de la prueba y las razones manifestadas por los pacientes, con la finalidad de identificar las principales barreras que afectan su participación.
3. Se recomienda a la Gerencia Regional de Salud de Arequipa incluir la educación sobre el cáncer de próstata en las campañas regionales dirigidas a hombres mayores de 40 años y capacitar a los profesionales del primer nivel de atención en consejería sobre PSA, comunicación de riesgos, identificación de barreras culturales y derivación oportuna. Los contenidos deberán utilizar un lenguaje sencillo y considerar las diferencias educativas y etarias identificadas en la población.
4. Se recomienda al Ministerio de Salud considerar los resultados de la presente investigación para fortalecer los lineamientos nacionales de educación, prevención y detección del cáncer de próstata, incorporando estrategias diferenciadas según edad, nivel educativo y ocupación, así como mecanismos de registro que permitan conocer la aceptación, postergación y rechazo de la prueba de PSA en los establecimientos públicos de salud.
5. Se recomienda a la Universidad Católica de Santa María fortalecer los contenidos relacionados con el cáncer de próstata, la comunicación de riesgos y la toma de decisiones informada sobre el PSA en la formación de pregrado. Asimismo, se sugiere promover la participación de estudiantes y docentes en intervenciones educativas comunitarias dirigidas a la población masculina de Arequipa.

6. Se recomienda desarrollar futuras investigaciones cualitativas que permitan explorar las razones de la no predisposición hacia la prueba de PSA, incluyendo factores como temor, desconfianza, vergüenza, fatalismo, percepción de riesgo y creencias sobre la masculinidad. También se sugiere realizar estudios longitudinales y experimentales que evalúen si las intervenciones educativas producen cambios sostenidos en el conocimiento, la predisposición y la conducta preventiva de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263. Disponible en: https://doi.org/10.3322/caac.21834
2. Piñeros M, Ramos W, Antoni S, Abriata G, Medina LE, Miranda JJ, et al. Cancer patterns, trends, and transitions in Peru: a regional perspective. Lancet Oncol. 2017;18(10). Disponible en: https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30377-7
3. Ministerio de Salud del Perú. Campaña Nacional de Prevención del Cáncer [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2025 [citado 14 jul 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/campa%C3%B1as/329-campana-nacional-de-prevencion-del-cancer
4. Frank SB, Miranti CK. Disruption of prostate epithelial differentiation pathways and prostate cancer development. Front Oncol. 2013;3:273. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fonc.2013.00273
5. Hong SK. Kallikreins as biomarkers for prostate cancer. Biomed Res Int. 2014;2014:526341. Disponible en: https://doi.org/10.1155/2014/526341
6. Parker LA, Caballero-Romeu JP, Chilet-Rosell E, Hernández-Aguado I, Gómez-Pérez L, Alonso-Coello P, et al. Knowledge and practices regarding prostate cancer screening in Spanish men: the importance of personal and clinical characteristics (PROSHADE study). PLoS One. 2024;19(5). Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303203
7. Chamorro-Jiménez L, Lanazca-DelaCruz C, Figueroa-Gamarra L. Percepción del tamizaje de cáncer de próstata en Huánuco, Perú, 2018. Rev Peru Investig Salud. 2019;3(4):158-166. Disponible en: https://doi.org/10.35839/repis.3.4.491
8. Gerencia Regional de Salud Arequipa. Reporte de actividades de prevención y control del cáncer: diciembre de 2023 [base de datos en Excel]. Arequipa: Gerencia Regional de Salud Arequipa; 2023.
9. Upiachihua-del-Aguila AE. Características epidemiológicas y clínicas del cáncer de próstata en un hospital regional de Perú, 2017-2022. Rev Salud Amaz Bienestar. 2025;4(1). Disponible en: https://doi.org/10.51252/rsayb.v4i1.884
10. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Estado del sistema de vigilancia de cáncer 2023 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú;

2023 [citado 14 jul 2026]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2023/SE372023/03.pdf

11. Ureta Delgado CA. Comparación de la sensibilidad del antígeno prostático específico (PSA) y el tacto rectal en la detección del cáncer de próstata en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2022-2024 [tesis de licenciatura en Internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2026. Disponible en: https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/23a41901-d4cb-4d30-9e3c-873cf4d33d72
12. Seguro Social de Salud. Situación de morbilidad y mortalidad de cáncer de próstata: EsSalud 2008-2022. Lima: Gerencia Central de Prestaciones de Salud, EsSalud; 2023.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Arequipa: enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2023. Lima: INEI; 2024.
14. Martin-Dorantes MA, Rochel-Pérez EA, Chi-Méndez CG, Bastarrachea-Solis MA, Flores-Tapia JP, Méndez-Domínguez N. "No he escuchado que 'nadien' conocido haya muerto por eso": percepciones sobre la prevención del cáncer de próstata en un grupo de hombres de Yucatán. Rev Mex Urol. 2024;84(5):1-12. Disponible en: https://doi.org/10.48193/z43crz10
15. Vapiwala N, Miller D, Laventure B, Woodhouse K, Kelly S, Avelis J, et al. Stigma, beliefs and perceptions regarding prostate cancer among Black and Latino men and women. BMC Public Health. 2021;21:758. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12889-021-10793-x
16. Maldonado A, Loya JC, Villavicencio EA, Torres R, Sanchez E, Luzanilla E, et al. Understanding drivers of prostate cancer screening in Mexican-origin men along the U.S./Mexico border region. Am J Mens Health. 2025;19(3):15579883251343956. Disponible en: https://doi.org/10.1177/15579883251343956
17. Shaqran TM, Alanazi RM, Haider AM, Almohammadi AD, Hawsawi HA, Almehmadi SG, et al. Knowledge and awareness of screening for prostate cancer risk factors and symptoms among the general population in Tabuk City, Saudi Arabia. Cureus. 2023;15(10). Disponible en: https://doi.org/10.7759/cureus.46472
18. Paredes Ajalla AM, Shishido Sánchez S. Percepción y disposición al tacto rectal en la prevención de cáncer de próstata. An Fac Med. 2022;83(1):49-53. Disponible en: https://doi.org/10.15381/anales.v83i1.20779
19. Hernández-Vásquez A, Villar Bernaola L, Curisinche-Rojas M, Timaná-Ruiz R. Assessment of gaps and inequalities in cancer screening at the district level in Peru.

Epidemiologia (Basel). 2025;6(4):74. Disponible en: https://doi.org/10.3390/epidemiologia6040074

20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor: enero-febrero-marzo 2026. Lima: INEI; 2026.
21. US Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2018;319(18):1901-1913. Disponible en: https://doi.org/10.1001/jama.2018.3710
22. Shah R, Loo CE, Hanna NM, Hughes S, Mafra A, Fink H, et al. Global review of COVID-19 mitigation strategies and their impact on cancer service disruptions. J Cancer Policy. 2024;41:100486. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2024.100486
23. Ministerio de Salud del Perú. Decreto Supremo N.° 005-2025-SA, que aprueba la Agenda Digital del Sector Salud hacia el 2030. Lima: Ministerio de Salud; 2025.
24. Ministerio de Salud del Perú. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, país saludable. Lima: Ministerio de Salud; 2020.
25. Ministerio de Salud del Perú. Decreto Supremo N.° 016-2025-SA, que aprueba el Plan Nacional Multisectorial para la Lucha contra el Cáncer 2025-2030. Lima: Ministerio de Salud; 2025.
26. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación [Internet]. 6.ª ed. México: McGraw-Hill Education; 2014 [citado 14 jul 2026]. Disponible en: http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20Investigaci%C3%B3n%20SAMPIERI.pdf
27. Peña Sarita Z. Nivel de conocimiento sobre cáncer de próstata de los hombres mayores de 40 años que acudieron a la consulta de urología del Hospital Regional y Docente Juan Pablo Pina durante el período octubre-diciembre de 2021 [tesis de especialidad]. Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2022.
28. Castro Avendaño JL. Conocimientos y percepciones frente a la tamización del cáncer de próstata en una muestra de hombres en Bogotá, Colombia [tesis de especialidad]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina; 2024.
29. Hevey D, Pertl M, Thomas K, Maher L, Ní Chuinneagáin S, Craig A. The relationship between prostate cancer knowledge and beliefs and intentions to attend PSA screening among at-risk men. Patient Educ Couns. 2009;74(2):244-249. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.013

30. Bejar Sandoval CL, Paredes Cordova GG, Paccha Tamay CL. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el riesgo de cáncer de próstata: un enfoque hacia la prevención. Más Vita Rev Cienc Salud. 2025;7(1):56-69. Disponible en: https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0259
31. Cutipa Ale YD. Nivel de conocimiento, creencias, actitud y prácticas frente al cáncer de próstata y su prevención en hombres mayores de 40 años residentes en la jurisdicción del Centro de Salud Metropolitano de la ciudad de Tacna, 2019 [tesis en Internet]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2019 [citado 14 jul 2026]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPTI_078b64eae9a153f03b77ec662a79d784/Details
32. Coronado Torres CC, Peña Peña FM. Relación entre nivel de conocimientos de cáncer prostático y realizarse la prueba PSA en pacientes de un hospital de Chiclayo, 2022-2023 [tesis]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2023.
33. Segura Huamán L, Tarrillo Guevara GY. Conocimiento sobre detección temprana de cáncer prostático en varones de 40 a 59 años, Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024 [tesis de licenciatura]. Chota: Universidad Nacional Autónoma de Chota, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería; 2024.
34. Pederzoli F, Raffo M, Pakula H, Ravera F, Nuzzo PV, Loda M. Stromal cells in prostate cancer pathobiology: friends or foes? Br J Cancer. 2023;128(6):930-939. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41416-022-02085-x
35. Romojaro-Pérez C, Navarro-Brazález B, Bailón-Cerezo J, Torres-Lacomba M. Health literacy in prostate cancer: what do Spanish men know about prostate cancer? A cross-sectional descriptive study. Actas Urol Esp (Engl Ed). 2024;48(9):642-650. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.acuroe.2024.06.003
36. Wells KV, Krackeler ML, Jathal MK, Parikh M, Ghosh PM, Leach JK, et al. Prostate cancer and bone: clinical presentation and molecular mechanisms. Endocr Relat Cancer. 2023;30(9). Disponible en: https://doi.org/10.1530/ERC-22-0360
37. Cui H, Zhang W, Zhang L, Qu Y, Xu Z, Tan Z, et al. Risk factors for prostate cancer: an umbrella review of prospective observational studies and Mendelian randomization analyses. PLoS Med. 2024;21(3). Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004362
38. Gales LN, Păun MA, Anghel RM, Trifănescu OG. Cancer screening: present recommendations, the development of multi-cancer early detection tests, and the

prospect of universal cancer screening. Cancers (Basel). 2024;16(6):1191. Disponible en: https://doi.org/10.3390/cancers16061191

39. Vergeles-Blanca JM, Buitrago F. Utilidad del antígeno prostático específico en el cribado del cáncer de próstata. Aten Primaria [Internet]. 1996;18(5):265-270 [citado 14 jul 2026]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-utilidad-del-antigeno-prostatico-especifico-14349
40. Fajardo-Zapata A, Jaimes-Monroy G. Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años. Rev Fac Med. 2016;64(2):223-228. Disponible en: https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.53039
41. Alyafei A, Easton-Carr R. The Health Belief Model of behavior change. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [actualizado 19 may 2024; citado 14 jul 2026]. Disponible en: https://www.statpearls.com/point-of-care/161679
42. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179-211. Disponible en: https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T
43. Sieverding M, Matterne U, Ciccarello L. What role do social norms play in the context of men's cancer screening intention and behavior? Application of an extended theory of planned behavior. Health Psychol. 2010;29(1):72-81. Disponible en: https://doi.org/10.1037/a0016941
44. Mirzaei-Alavijeh M, Ahmadi-Jouybari T, Vaezi M, Jalilian F. Prevalence, cognitive and socio-demographic determinants of prostate cancer screening. Asian Pac J Cancer Prev. 2018;19(4):1041-1046.
45. Rezaei H, Negarandeh R, Pasheypoor S, Kazemnejad A. Effect of educational program based on the Theory of Planned Behavior on prostate cancer screening: a randomized clinical trial. Int J Prev Med. 2020;11:146. Disponible en: https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_137_19
46. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-183. Disponible en: https://doi.org/10.1177/109019818801500203
47. Wang X, Chen D, Xie T, Zhang W. Predicting women's intentions to screen for breast cancer based on the Health Belief Model and the Theory of Planned Behavior. J Obstet Gynaecol Res. 2019;45(12):2440-2451. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jog.14109

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo…… identificado con DNI/Carné de extranjería o pasaporte de extranjero) N°……. he sido informado acerca del estudio, los objetivos que buscan alcanzar con los resultados de la investigación. Me ha informado beneficios de esta investigación, así como la posibilidad de desistir de mi participación en cualquier momento del estudio. He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables. Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para formar parte del estudio titulado "Relación entre nivel de conocimientos de cáncer de próstata y realizarse la prueba PSA en pacientes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa-2026"

……..

Firma de la participante

DNI:

ANEXO 2: INSTRUMENTO

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO: RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA Y REALIZARSE LA PRUEBA DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

a) Edad (en años):

40–49 años ( )

50–59 años ( )

60–69 años ( )

≥70 años ( )

b) Grado de instrucción:

Sin instrucción ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

b) Ocupación:

Dependiente ( ) Independiente ( )

II. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER DE PRÓSTATA

1. ¿Cuál es la función principal de la próstata?

a) Producir parte del líquido seminal

b) Filtrar la sangre

c) Regular la producción de orina

d) Absorber nutrientes

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el cáncer de próstata es correcta?

a) Es una enfermedad que puede desarrollarse sin presentar síntomas al inicio

b) Siempre produce dolor intenso desde el inicio

c) Es una enfermedad contagiosa

d) Solo afecta a personas jóvenes

3. ¿Cuál de las siguientes situaciones puede aumentar el riesgo de cáncer de próstata?

a) Edad joven

b) Infecciones urinarias frecuentes

c) Consumir una dieta baja en grasas

d) Tener familiares con cáncer de próstata

4. ¿El cáncer de **próstata se puede detectar precozmente?**

a) Si

b) No

5. En etapas iniciales, el cáncer de próstata:

a) Presenta síntomas evidentes

b) Puede no presentar síntomas

c) Siempre produce dificultad severa para orinar

d) Se manifiesta con fiebre y dolor intenso

6. ¿Qué examen ayuda a detectar el cáncer de próstata en etapas tempranas?

a) Examen de sangre (PSA)

b) Examen de orina

c) Ecografía abdominal

d) Radiografía de tórax

7. ¿A partir de qué edad se presenta con mayor frecuencia el cáncer de próstata?

a) Antes de los 40 años

b) Entre 40 y 49 años

c) A partir de los 50 años

d) A cualquier edad por igual

8. ¿La edad avanzada aumenta el riesgo de cáncer de próstata?

a) Si

b) No

9. ¿Quién debe evaluar si una persona necesita realizarse exámenes para detectar el cáncer de próstata?

a) El médico

b) Un familiar

c) El paciente

d) Por cualquier persona

10. ¿Por qué es importante la detección temprana del cáncer de próstata?

a) Porque aumenta la probabilidad de curación

b) Porque me indica que no puedo tener hijos

c) No influye en el pronostico

III. PREDISPOSICIÓN A REALIZARSE EL EXAMEN DE PSA.

11. ¿Se realizaría un examen de PSA?

a) Si

b) No

Respuestas:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a	a	d	a	b	a	c	a	a	a

ANEXO 3: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

I. Datos generales

- **Título del instrumento:**
  Relación entre nivel de conocimientos sobre cáncer de próstata y realización de la prueba de PSA.
- **Investigador:**

- **Objetivo del instrumento:**
  Evaluar el nivel de conocimientos sobre cáncer de próstata y la predisposición a realizarse la prueba de PSA en pacientes.
- **Experto N.°:** 1
- **Profesión:** Medico Cirujano
- **Especialidad:** Urologo
- **Grado académico:** Superior
- **Años de experiencia:** 10

II. Instrucciones para el experto

Estimado(a) experto(a):
Se solicita evaluar cada ítem del cuestionario en función de los siguientes criterios:

- **Claridad:** El ítem es comprensible para la población objetivo.
- **Relevancia:** El ítem es importante para medir la variable.
- **Coherencia:** El ítem guarda relación con el objetivo del estudio.

Utilice la siguiente escala:

Valor	Significado
1	No cumple
2	Cumple parcialmente
3	Cumple adecuadamente
4	Cumple totalmente

III. Matriz de validación

Marque con una X según corresponda.

Criterio	Sí	No	Observaciones
Claridad: Las preguntas del cuestionario están redactadas de forma clara y comprensible para la población de estudio.	X		Ninguna
Relevancia: Las preguntas son pertinentes e importantes para evaluar las variables de la investigación.	X		Ninguna
Coherencia: Las preguntas guardan relación con las dimensiones, variables y objetivos de la investigación.	X		Ninguna

IV. Evaluación global del instrumento

Marque con una (X):

- [X] El instrumento es adecuado
- [ ] El instrumento es adecuado con modificaciones
- [ ] El instrumento no es adecuado

V. Sugerencias del experto

Ninguna

VI. Firma del experto

Nombre:
Firma:

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

I. Datos generales

- **Título del instrumento:**
  Relación entre nivel de conocimientos sobre cáncer de próstata y realización de la prueba de PSA.
- **Investigador:**

- **Objetivo del instrumento:**
  Evaluar el nivel de conocimientos sobre cáncer de próstata y la predisposición a realizarse la prueba de PSA en pacientes.
- **Experto N.°:** 02
- **Profesión:** Médico Cirujano
- **Especialidad:** Urología
- **Grado académico:** Superior
- **Años de experiencia:** 6

II. Instrucciones para el experto

Estimado(a) experto(a):
Se solicita evaluar cada ítem del cuestionario en función de los siguientes criterios:

- **Claridad:** El ítem es comprensible para la población objetivo.
- **Relevancia:** El ítem es importante para medir la variable.
- **Coherencia:** El ítem guarda relación con el objetivo del estudio.

Utilice la siguiente escala:

Valor	Significado
1	No cumple
2	Cumple parcialmente
3	Cumple adecuadamente
4	Cumple totalmente

III. Matriz de validación

Marque con una X según corresponda.

Criterio	Sí	No	Observaciones
Claridad: Las preguntas del cuestionario están redactadas de forma clara y comprensible para la población de estudio.	X		Ninguna
Relevancia: Las preguntas son pertinentes e importantes para evaluar las variables de la investigación.	X		Ninguna
Coherencia: Las preguntas guardan relación con las dimensiones, variables y objetivos de la investigación.	X		Ninguno

IV. Evaluación global del instrumento

Marque con una (X):

- [X] El instrumento es adecuado
- [ ] El instrumento es adecuado con modificaciones
- [ ] El instrumento no es adecuado

V. Sugerencias del experto

Ninguna

VI. Firma del experto

Nombre: Miguel Salazar Arenas
Firma:

Dr. Miguel Angel Salazar Arenas
MEDICO CIRUJANO UROLOGO
CMP. 57661 RNE. 34884

Fecha: 22 de mayo de 2026

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

I. Datos generales

- **Título del instrumento:**
  Relación entre nivel de conocimientos sobre cáncer de próstata y realización de la prueba de PSA.
- **Investigador:**

- **Objetivo del instrumento:**
  Evaluar el nivel de conocimientos sobre cáncer de próstata y la predisposición a realizarse la prueba de PSA en pacientes.
- **Experto N.°:** 03
- **Profesión:** Cirujano Oncólogo
- **Especialidad:** Cirugía Oncológica
- **Grado académico:** Magister
- **Años de experiencia:** 08 de

II. Instrucciones para el experto

Estimado(a) experto(a):
Se solicita evaluar cada ítem del cuestionario en función de los siguientes criterios:

- **Claridad:** El ítem es comprensible para la población objetivo.
- **Relevancia:** El ítem es importante para medir la variable.
- **Coherencia:** El ítem guarda relación con el objetivo del estudio.

Utilice la siguiente escala:

Valor	Significado
1	No cumple
2	Cumple parcialmente
3	Cumple adecuadamente
4	Cumple totalmente

III. Matriz de validación

Marque con una X según corresponda.

Criterio	Sí	No	Observaciones
Claridad: Las preguntas del cuestionario están redactadas de forma clara y comprensible para la población de estudio.	X		Ninguna
Relevancia: Las preguntas son pertinentes e importantes para evaluar las variables de la investigación.	X		Ninguna
Coherencia: Las preguntas guardan relación con las dimensiones, variables y objetivos de la investigación.	X		Ninguna

IV. Evaluación global del instrumento

Marque con una (X):

- o El instrumento es adecuado
- o El instrumento es adecuado con modificaciones
- o El instrumento no es adecuado

V. Sugerencias del experto

Ninguna

VI. Firma del experto

Nombre: O. Balmaceda Sanz Sello Cmp
Firma:

Fecha: 21 de mayo de 2026

FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

I. Datos generales

- **Título del instrumento:**
  Relación entre nivel de conocimientos sobre cáncer de próstata y realización de la prueba de PSA.
- **Investigador:**

- **Objetivo del instrumento:**
  Evaluar el nivel de conocimientos sobre cáncer de próstata y la predisposición a realizarse la prueba de PSA en pacientes.
- **Experto N.°:** 04
- **Profesión:** Médico
- **Especialidad:** Oncólogo Clínico
- **Grado académico:** Superior
- **Años de experiencia:** 06 años

II. Instrucciones para el experto

Estimado(a) experto(a):
Se solicita evaluar cada ítem del cuestionario en función de los siguientes criterios:

- **Claridad:** El ítem es comprensible para la población objetivo.
- **Relevancia:** El ítem es importante para medir la variable.
- **Coherencia:** El ítem guarda relación con el objetivo del estudio.

Utilice la siguiente escala:

Valor	Significado
1	No cumple
2	Cumple parcialmente
3	Cumple adecuadamente
4	Cumple totalmente

III. Matriz de validación

Criterio	Sí	No	Observaciones
Claridad: Las preguntas del cuestionario están redactadas de forma clara y comprensible para la población de estudio.	X		Ninguna
Relevancia: Las preguntas son pertinentes e importantes para evaluar las variables de la investigación.	X		Ninguna
Coherencia: Las preguntas guardan relación con las dimensiones, variables y objetivos de la investigación.	X		Ninguna

IV. Evaluación global del instrumento

Marque con una (X):

- ☒ El instrumento es adecuado
- ○ El instrumento es adecuado con modificaciones
- ○ El instrumento no es adecuado

V. Sugerencias del experto

Ninguna

VI. Firma del experto

Nombre: Francisco Calla Cornejo
Firma: _____

Fecha: 22 de mayo de 2026

GRA-GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DR. FRANCISCO CALLA CORNEJO
JEFE DE UNIDAD FUNCIONAL DE ONCOLOGIA CLINICA
CMP: 71167 RNE: 43175

ANEXO 4: DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA

Universidad Católica de Santa María

Sentimiento Santamariano

Comité Institucional de Ética de la Investigación

Campus Central
Urb. San José s/n Umacollo
Arequipa – Perú
(+54) — 382038

UCSM.EDU.PE

Investigador/a/es/as
Mayra Mariajose Contreras Tinta

Arequipa, 22 mayo 2026

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted/es para hacerle/s llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: "Relación entre nivel de conocimientos de cáncer prostático y realizarse la prueba PSA en pacientes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2026".

INVESTIGADOR/A/ES/AS: Mayra Mariajose Contreras Tinta.

TIPO Y DISEÑO: Cuantitativo, correlacional, no experimental, observacional, de corte transversal.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de cáncer prostático y realizarse la prueba PSA en pacientes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa-2026.

PROCEDIMIENTOS: Aplicación de cuestionario.

SUJETOS DE ESTUDIO: Pacientes atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa.

RIESGO DEL ESTUDIO: Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS: Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

UCSM Vicerrectorado de Investigación

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE 302 - 2026 CIEI-UCSM

VIGENCIA: La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 22 de mayo de 2027.

Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Arequipa, 22 mayo 2026