



Universidad César Vallejo

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Estadio del cáncer de próstata relacionado con niveles de ansiedad

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTOR:

Ulloa Ortiz, Jose Santos (orcid.org/0000-0002-0488-7804)

ASESORA:

Dra. Llaque Sanchez, Maria Rocio Del Pilar (orcid.org/0000-0002-6764-4068)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades No Transmisibles

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO - PERÚ

2024



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, LLAQUE SANCHEZ MARIA ROCIO DEL PILAR, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Estadio del Cáncer de Próstata Relacionado con Niveles de ansiedad", cuyo autor es ULLOA ORTIZ JOSE SANTOS, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 10%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 23 de Octubre del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
LLAQUE SANCHEZ MARIA ROCIO DEL PILAR DNI: 17907759 ORCID: 0000-0002-6764-4068	Firmado electrónicamente por: LLAQUES el 25-10- 2024 17:45:05

Código documento Trilce: TRI - 0885092





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, ULLOA ORTIZ JOSE SANTOS estudiante de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Estadio del Cáncer de Próstata Relacionado con Niveles de ansiedad", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
JOSE SANTOS ULLOA ORTIZ DNI: 73061062 ORCID: 0000-0002-0488-7804	Firmado electrónicamente por: JOSEULLOA el 23-10- 2024 17:45:28

Código documento Trilce: TRI - 0885096



DEDICATORIA

A Dios, su guía y fortaleza constantes que me ha dado la perseverancia y el coraje para alcanzar mi sueño de convertirme en médico. Sin su gracia y bendición, este logro no hubiera sido posible.

A mis padres, por el amor, sacrificios y apoyo inquebrantable. Gracias por enseñarme el valor de la dedicación y el trabajo duro. Este logro es un reflejo de su amor y esfuerzo, y se los dedico con todo mi corazón

AGRADECIMIENTO

Estimados miembros de la Universidad César Vallejo,

Agradezco a la Universidad César Vallejo por la excelente educación en Medicina. El entorno académico enriquecedor y el compromiso del equipo docente han sido fundamentales para mi desarrollo profesional y personal.

Agradezco especialmente a la Dra. María Roció Del Pilar Llaque Sánchez por su apoyo constante, guía y dedicación, fundamentales para mi éxito académico y personal.

Finalmente, Agradezco a mis compañeros de estudio por su amistad y apoyo durante estos años de esfuerzo, aprendizaje y crecimiento compartido.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR.....	ii
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. METODOLOGÍA.....	16
III. RESULTADO.....	20
IV. DISCUSIÓN.....	23
V. CONCLUSIONES.....	26
VI. RECOMENDACIONES.....	27
REFERENCIAS	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadio del CP y ansiedad en pacientes atendidos en un Hospital nivel III, en la región la Libertad, el 2024	20
Tabla 2. Relación entre el estadio del CP y los niveles de ansiedad	20
Tabla 3. Estadio de CP según edad, tiempo de enfermedad y comorbilidades ...	21
Tabla 4. Niveles de ansiedad, según edad, tiempo de enfermedad y comorbilidades	22

RESUMEN

Objetivo: Establecer si el estadio del cáncer de próstata está relacionado con los niveles de ansiedad, en pacientes atendidos en un Hospital nivel III, en la región la Libertad, el 2024. El **diseño:** El diseño de la investigación fue de tipo aplicado, no experimental, descriptivo, correlacional simple, transversal, cuantitativo. Se estudiaron a 80 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata que acuden a un Hospital Nivel III, en la Región La Libertad. **Instrumento** aplicado fue un cuestionario sobre Test de Beck que evalúa los síntomas físicos de la ansiedad, incluidos los síntomas de los trastornos de ansiedad y la depresión. **Resultados:** El estadio de cáncer de próstata más prevalente en el estudio se presentó en el II trimestre 56% (45), por otro lado, se resalta no haber encontrado nivel de ansiedad alta, pero si un considerable nivel bajo 79% (63), además se encontró mayor número de pacientes de aquellos que presentaron bajo nivel de ansiedad y que se encuentran en el estadio II 44%. Según la estadística Rho de Spearman indica una relación pobre y directa entre el estadio de la enfermedad de cáncer y los niveles de ansiedad, pero resulta ser no significativa ya que presentó una significancia ($p=0.066/p>0.05$). En **Conclusión:** Para las variables de estudio no se encontró relación significativa entre los estadios de cáncer de próstata y los niveles de ansiedad.

Palabras clave: Cáncer de próstata, ansiedad.

ABSTRACT

Objective: To establish whether the stage of prostate cancer is related to anxiety levels, in patients treated at a level III Hospital, in the La Libertad region, in 2024.

The design: The research design was of an applied type, not experimental, descriptive, simple correlational, transversal, quantitative. 80 patients with a diagnosis of prostate cancer who attended a Level III Hospital in the La Libertad Region were studied. The instrument applied was a Beck Test questionnaire that evaluates the physical symptoms of anxiety, including symptoms of anxiety disorders and depression. **Results:** The most prevalent stage of prostate cancer in the study occurred in the second trimester 56% (45), on the other hand, it is highlighted that we did not find a high level of anxiety, but a considerable low level 79% (63) In addition, a greater number of patients were found who presented a low level of anxiety and were in stage II, 44%. According to Spearman's Rho statistic, it indicates a poor and direct relationship between the stage of cancer disease and anxiety levels, but it turns out to be non-significant since it presented significance ($p=0.066/p>0.05$). In **Conclusion:** For the study variables, no significant relationship was found between prostate cancer stages and anxiety levels.

Keywords: Prostate cancer, anxiety.

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata (CP), a nivel global es la segunda causa de cáncer, y ocupa la quinta por muerte en varones. Siendo una enfermedad detectable y prevenible que requiere la atención de la salud pública, un fuerte compromiso y debe considerarse un verdadero tema de emergencia, especialmente considerando la cantidad de años perdidos por una persona fallecida. Rara vez ocurre a una edad temprana como los 40 años, pero generalmente puede aparecer después de los 50 años y alcanza un punto cúspide después de los 65 años.¹

En otro estudio el (CP), reporta 1.000.000 de nuevos casos anuales en todo el mundo, el CP es la primera causa de muerte entre las neoplasias malignas masculinas, y representa aproximadamente el 8% de las muertes relacionadas. Regularmente uno de cada siete varones desarrollará CP en algún momento de la vida, aunque hasta 70% de los CP pasan desapercibidos en pacientes de la tercera edad, mayores de 85 años. La prevalencia de esta patología en los últimos años ha aumentado, posiblemente en relación con una mayor prevalencia del cribado del antígeno prostático específico (PSA), aunque este aumento parece haberse estabilizado recientemente. Los 66 años es una edad promedio para el diagnóstico de la enfermedad, y a los 55 años la tasa aumenta significativamente.²

Según datos del 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se registraron nuevos casos de esta enfermedad a nivel global siendo así 1.4 millones, resultando en aproximadamente 375,000 fallecimientos debido a la misma. Estas estadísticas subrayan la importancia de una respuesta coordinada a nivel internacional para hacer frente a este desafío de salud pública de manera urgente.³

De acuerdo con Aldaco y colaboradores, en México se ha observado un aumento constante de en la mortalidad por CP en los últimos años, con variaciones significativas entre los diferentes tipos de tumores. Esta tasa de mortalidad se incrementó de un 8 a 10.9 por cada 100,000 habitantes entre los años 2000 y 2015. Este aumento sitúa al CP como el cáncer con más incidencia de muerte, superando incluso al cáncer de pulmón, cuya tasa de mortalidad disminuyó de 6.4 a 5.7 de los casos durante el mismo periodo. Además, se destaca que los estados Jalisco México, a nivel nacional presenta una elevada tasa de mortalidad.⁴

De acuerdo con el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), en América Latina por mortalidad, ocupa el cáncer en el tercer lugar. En Perú, Lima metropolitana ha evidenciado incremento de cáncer en hombres desde 1968 - 2005, pasando de 152.2 - 174.0 casos por cada 100,000 hombres. La información proporcionada por los registros de cáncer resulta fundamental para la epidemiología, ya que proporciona patrones de la enfermedad según su ubicación primaria, sexo, edad y región geográfica, permitiendo así el análisis de las tendencias temporales.⁵

Según IREN NORTE (CP), ciertamente se trata de una patología de las personas mayores. Del 2006 al 2022 el 91,7% de 1643 casos tenían más de 60 años, el 7,8% la edad varía entre 50 y 59 años de 139 casos según tipo histológico. El 87,8% de 1.573 casos fueron adenocarcinomas, el 11,4% de 204 casos por tumores malignos, el 0,7% de 13 casos por carcinoma SAI y el 0,1% 1 caso por carcinosarcoma. El 34,4% de los casos de CP registrados en la CHR no tienen estadio clínico. De los 1.175 casos con estadio clínico, el 87,6% se registra en estadio avanzado (III y IV). Sólo el 12,4% de la muestra se detectaron en los estadios I y II.⁶

El CP, está aumentando en las zonas urbanas, debido a que tienen una vida sedentaria, sumado a una predisposición genética, cromosómica o familiar que no se conoce con certeza, se puede aceptar que el CP es una enfermedad genéticamente compleja. Sin embargo, los varones con un pariente de primer grado afectado tienen mayor riesgo de desarrollar CP, y este riesgo aumenta con el número de familiares afectados. Además, se ha implicado una gran sucesión de factores dietéticos en el desarrollo de CP, relacionándose con ciertos comportamientos alimentarios, como el alto consumo de grasas animales. Los pacientes pueden estar asintomáticos o presentar algunos síntomas relacionados con la micción. Estos incluyen disminución de la micción, esfuerzo, frecuencia, y urgencia urinaria. Esto puede provocar más problemas para la salud mental de los varones con CP.⁷

Al igual que otras enfermedades crónicas, el cáncer constituye un evento significativo que genera un profundo impacto emocional y social en quienes lo

padecen. Se refiere a un conjunto de respuestas emocionales que están influenciadas por la personalidad, los recursos de afrontamiento y otros factores externos como el apoyo social, las condiciones materiales y financieras. Estas respuestas pueden influir en los roles familiares, la toma de decisiones y sociales, potencialmente llevando a situaciones de dependencia. Por esta razón, se está prestando cada vez más atención al tratamiento psicológico del paciente oncológico. En este contexto, es fundamental que el objetivo del tratamiento psicológico sea educar al paciente sobre la necesidad de cambiar hábitos, adaptarse a la sociedad y promover una adaptación saludable al cáncer. Esto implica fomentar la participación activa en el tratamiento, desarrollar estrategias para resolver problemas y facilitar la comunicación con la familia.⁸

Siendo un riesgo el CP en los hombres a nivel Global y local se formuló el siguiente problema de investigación: **¿En qué medida, el estadio del cáncer de próstata está relacionado con los niveles de ansiedad, en pacientes atendidos en Hospital Docente de trujillo, en la Región la Libertad, el 2024?**

El CP es una de las patologías más frecuentes en varones, y tanto su diagnóstico como su tratamiento tienen un aspecto negativo en la vida de los afectados. Analizar los aspectos psicológicos, como la ansiedad, en las distintas fases del cáncer de próstata puede ofrecer valiosa información para mejorar el apoyo y la atención integral brindada a estos pacientes. La ansiedad es una reacción emocional habitual al enfrentarse a una enfermedad grave como el cáncer. La incertidumbre relacionada con el diagnóstico, la progresión de la enfermedad y las opciones terapéuticas puede generar un aumento en los niveles de ansiedad.

Estudiar cómo varían estos niveles de ansiedad según la etapa del cáncer de próstata puede proporcionar una comprensión más precisa de las necesidades emocionales específicas en cada fase de la enfermedad. Asimismo, las etapas del cáncer en relación a la ansiedad pueden tener importantes implicaciones para las decisiones clínicas. Los pacientes en diferentes etapas de la enfermedad probablemente enfrenten distintos desafíos emocionales, y este conocimiento puede ser esencial para adaptar las estrategias de apoyo psicológico y ofrecer intervenciones personalizadas. Identificar patrones comunes de ansiedad en cada

fase puede ayudar a desarrollar medidas preventivas o de manejo que ayuden a maximizar la calidad de vida (CV) y la salud mental (SM) de los varones con CP.

El objetivo general planteado fue: Establecer si el estadio del cáncer de próstata está relacionado con los niveles de ansiedad, en pacientes atendidos en un Hospital nivel III, en la región la Libertad, el 2024

Objetivos específicos fueron:

- Caracterizar a la población en relación al estadio de cáncer, por edad, nivel educativo, procedencia, y tiempo de enfermedad.
- Describir a los pacientes según niveles de ansiedad, por edad, nivel educativo, procedencia, tiempo de enfermedad.
- Establecer en la población, comorbilidades presentes.

Se plantea las hipótesis:

H1: El estadio del cáncer de próstata está relacionado con los niveles de ansiedad, en pacientes atendidos en un Hospital nivel III, en la Región la Libertad, el 2024.

H2: El estadio del cáncer de próstata no está relacionado con los niveles de ansiedad, en pacientes atendidos en un Hospital nivel III, en la Región la Libertad, el 2024.

Como antecedentes a esta investigación, se han recopilado investigaciones a nivel internacional, nacional y regional:

Mamudu L. et al (Reino Unido, 2024) llevaron a cabo un estudio para investigar la prevalencia, las diferencias y los efectos del cáncer, así como su relación con la edad y otros factores que podrían confundir los síntomas depresivos autoinformados (SRDS) en hombres y mujeres adultas de Estados Unidos. Utilizaron análisis de frecuencias, pruebas bivariadas de chi-cuadrado y regresión logística multivariada en una muestra representativa a nivel nacional de 2950 individuos (1276 hombres; 1674 mujeres) obtenidos del ciclo 5 de la Encuesta Nacional de Tendencias de Información de Salud.⁹

Se encontró que la prevalencia de SRDS fue del 32% en mujeres y del 23.5% en hombres. Entre los supervivientes de cáncer (MC), las mujeres mostraron una mayor prevalencia de SRDS en comparación con los varones (40.5% frente a 35.1%). Sin embargo, se considera una diferencia importante en la probabilidad de SRDS entre varones y mujeres con CW, siendo los hombres quienes presentaron un riesgo un 84% mayor que las mujeres. Los resultados de este estudio destacan el efecto significativo del CW en los SRDS en los individuos, así como el efecto modificador de la edad. Estos hallazgos son cruciales para comprender mejor el riesgo de salud mental en pacientes con CA y pueden servir como base para estrategias de prevención o control.⁹

Wan H. et al (EE. UU, 2024) examinaron las tendencias en la mortalidad por suicidio entre los sobrevivientes de CP de 1975 a 2019 en los Estados Unidos. Para ello, identificaron a los supervivientes de CP en el programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) desde enero de 1975 hasta diciembre de 2019 y calcularon la tasa de mortalidad estandarizada (SMR) para estimar el riesgo relativo de suicidio entre los supervivientes de CaP en comparación con el total.¹⁰

De los casos, 7.108 (0,2%) fueron muertes por suicidio y 2.308.923 (65,04%) se registraron como muertes de no fumadores. En general, se observó una tasa de muerte por suicidio ligeramente mayor entre los supervivientes de CaP en comparación con la población masculina general. La tendencia de la mortalidad por suicidio entre 1975 y 2019 ha disminuido significativamente entre los supervivientes

de CaP en comparación con la población masculina general de EE. UU. En particular, la mortalidad por suicidio no mejoró en algunos supervivientes de CaP.¹⁰

Velasco V. et al (EE. UU, 2024) Investigaron los aspectos vinculados al estrés psicológico en pacientes que padecen cáncer. Este estudio fue prospectivo, observacional y consecutivo. Durante el periodo comprendido entre 2019 y 2022, se reclutaron un total de 1,977 pacientes, con una minoría correspondiente al 46% siendo varones, y una mediana de edad de 64 años. Se observó que los hombres tenían menos ansiedad y depresión (OR 0.66, IC 95%: 0.52-0.84; OR 0.72, IC 95%: 0.56-0.93).¹¹

Los varones con cáncer localizado y creencias espirituales presentaban niveles más bajos de angustia psicológica, mientras que aquellos con alta ansiedad y preocupación exhiben niveles más elevados. Un análisis estructural de ecuaciones reveló una correlación entre la angustia psicológica y las estrategias de afrontamiento, evidenciando cómo la preocupación ansiosa al inicio del estudio intensifica la angustia después del tratamiento. Este estudio demuestra que la edad, el género, la extensión y la ubicación del cáncer, así como el afrontamiento y la espiritualidad, influyen en la angustia psicológica en los pacientes con cáncer.¹¹

Crump C. et al. (EE. UU., 2024) investigaron la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad a largo plazo en hombres con CP. Los resultados de este estudio de cohorte incluyeron 180189 hombres diagnosticados con CP entre 1998 y 2017, y se descubrió que los hombres con CP de alto riesgo tenían casi dos veces más probabilidades de desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres de control sin CP (HR ajustado, 1,96; IC del 95%, 1,87-2,05), demostrando esta investigación hombres con CP requieren un seguimiento estrecho para detectar y tratar los síntomas de ansiedad rápidamente, especialmente poco después del diagnóstico.¹²

Corsini C. et al (Suecia, 2023) Investigaron la relación entre la introducción del tratamiento doble y los cambios en la supervivencia a nivel poblacional. Las Base de datos de CP de Suecia de 2008 a 2020 se utilizaron en un estudio de cohorte poblacional a nivel nacional. Hubo un aumento en la supervivencia media de 6 meses durante los primeros 5 años después del diagnóstico, pasando de 2,7 (IC

del 95%, 2,6-2,8) años de 2008 a 2012 a 3,2 (IC del 95%, 3,1-3,1) años de 2017 a 2020.¹³

Shucheng P. et al (China, 2023) analizaron el impacto del estigma, la ansiedad, la depresión y la incertidumbre sobre la enfermedad en la CV de los varones con CP. Se realiza un estudio transversal que involucró a 263 hombres diagnosticados con esta enfermedad. Se encontró que la ansiedad y la depresión estaban significativamente relacionadas de manera desfavorable con la CV, con un coeficiente de regresión estandarizado ($\beta = -0.312$, E. E= 0.478, $p < 0.05$), lo que indica que los participantes que reportaron altos niveles de ansiedad experimentaron una CV más baja. Además, se observó que el estigma se asociaba positivamente con la ansiedad, la depresión y la incertidumbre sobre la enfermedad ($\beta = 0.135$, EE= 0.203, $p < 0.001$; $\beta = 0.126$, EE= 2.194, $p < 0.05$, respectivamente).¹⁴

Se identificó que el estigma tenía efectos directos sobre la calidad de vida, ($\beta = -0.209$, E.E= 1.655, $p < 0.001$), aunque estos efectos directos disminuían en presencia de depresión y ansiedad en general. Los profesionales de la salud tienen un papel circunstancial en ayudar a los pacientes a mitigar los sentimientos de ansiedad, depresión e incertidumbre sobre su enfermedad, lo que a su vez puede mejorar su calidad de vida.¹⁴

Vyas N. et al (Reino Unido, 2023) evaluaron la base de evidencia de los factores pronósticos del paciente, oncológicos y del tratamiento asociado con diversos resultados de bienestar mental en personas con cáncer de próstata. Por lo cual en las bases de datos MEDLINE, EMBASE y CINAHL aplican una revisión bibliográfica que incluyeron trabajos donde evaluaban factores del paciente, oncológicos o de tratamiento en función de uno de cinco resultados de bienestar mental; percepción de la imagen corporal, depresión, ansiedad, masculinidad y miedo a la recurrencia del cáncer. 62 artículos finales incluidos, la edad avanzada se asoció con una probabilidad reducida de depresión, pero hubo poca evidencia de un efecto sobre otros resultados. Además, el estado de salud mental inicial se asoció con la depresión y un mayor tiempo desde el diagnóstico. Destacaron la evidencia disponible sobre los factores predictivos de los resultados de bienestar mental en

el cáncer de próstata, lo que nos permite considerar poblaciones de pacientes de alto riesgo para intervenciones preventivas y de tratamiento.¹⁵

Duarte V. et al (Portugal, 2023) describen la frecuencia de ansiedad y depresión probable antes y un año después del tratamiento del cáncer de próstata (CaP), así como identificar los factores sociodemográficos y clínicos vinculados con estos resultados. Esta investigación prospectiva empleó la Escala hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS) para valorar los síntomas como depresión y ansiedad.¹⁶

Desde febrero de 2018 hasta marzo de 2020, se inscribieron 292 pacientes con CaP recién diagnosticado. Según esto, la prevalencia de ansiedad probable se mantuvo estable desde el inicio hasta un año, mientras que la prevalencia de depresión probable aumentó. Al año, el 55,6% de los pacientes con probable depresión al inicio del estudio y el 47,8% de los pacientes con probable ansiedad al inicio del estudio tenían puntuaciones de ansiedad normales. La prevalencia de ansiedad y depresión varió durante el tratamiento, y el seguimiento de estos síntomas identificaría a los pacientes más afectados, lo que fomentaría la utilización de servicios de salud mental.¹⁶

Wang L. et al (Alemania,2022) describen la relación entre la ansiedad y depresión como emociones negativas en varones con CP. Se empleó un diseño transversal y un método de muestreo por conveniencia para reclutar pacientes de un hospital integral en la provincia de Zhejiang. Los resultados revelaron que la ansiedad y la depresión se asociaba negativamente con la autoeficacia ($r = -0.434$, $P < 0.01$) y el apoyo social ($r = -0.212$, $P < 0.01$), mientras que la autoeficacia y el apoyo social mostraban una correlación positiva ($r = 0.356$, $P < 0.01$). Se encontró que el apoyo social y la autoeficacia contribuyen a la reducción de la ansiedad y depresión, lo que subraya la importancia de anticipar los factores estresantes del paciente y sus necesidades de afrontamiento. Esto nos permite brindar un apoyo social adecuado para mejorar el estado de ánimo, así como su pronóstico.¹⁷

Dordoni P. et al (Reino Unido, 2022) Investigan si los factores sociodemográficos como el estado civil, la edad, el grado de instrucción y el origen étnico podrían influir en la regulación de los niveles de ansiedad al inicio y a lo largo del tiempo. Se

empleó un modelo lineal mixto para examinar la relación entre las variables y el nivel de ansiedad del paciente como el tiempo dedicado a la vigilancia activa, el país de origen, la interacción entre el país, el estado civil, la educación del paciente y la ansiedad relacionada con el CP durante la vigilancia activa.¹⁸

Se utilizaron los cuestionarios MAX-PC, los cuales fueron completados por 823 individuos italianos y 307 holandeses. Se observó que los hombres holandeses obtuvieron, en promedio, una puntuación total más alta en el MAX-PC que los hombres italianos. No obstante, se obtuvo en relación al tiempo una disminución en los niveles de ansiedad. A pesar de ello, los hombres holandeses mostraron una puntuación promedio más alta en la subescala de ansiedad relacionada con el CP, la cual no experimentó una disminución con el tiempo. Se identificaron diferencias significativas en la ansiedad relacionada con el CP entre las cohortes italiana y holandesa, siendo el último grupo de hombres quienes presentaron niveles generales de ansiedad más elevados.¹⁸

Natuhwera A. et al (EE. UU, 2022) exploraron las consecuencias psicosociales y emocionales de las experiencias de los profesionales sanitarios (PS) de Uganda. Se trata de un estudio fenomenológico cualitativo. El estudio involucró a pacientes con cáncer, trabajadores de la salud, así como a profesionales de oncología y cuidados paliativos. Participaron ocho pacientes con cáncer y sobrevivientes de trabajadores de la salud, con un promedio en cuanto a la edad de 56 años con un rango de 29 a 85 años.¹⁹

Se identificaron tres temas principales: la relación entre el paciente y médico, los desafíos socioeconómicos, y las estrategias de afrontamiento y apoyo. Los resultados destacan que recibir un diagnóstico de cáncer y pasar de ser un proveedor de atención médica a convertirse en un paciente y receptor del tratamiento, representa una experiencia singular. La identidad del paciente se relaciona con estrés y perturbaciones multidimensionales, incluyendo sentimientos de impotencia, tristeza por la amenaza o pérdida de la identidad profesional, temor a las consecuencias y recurrencia de la enfermedad, así como shock, ansiedad, miedo y depresión.¹⁹

Baba N. et al (Reino Unido, 2021) investigaron la asociación entre el malestar mental y la necesidad subjetiva de apoyo psicosocial, comparando subgrupos de pacientes con diferentes tratamientos y estadios de la enfermedad. Ejecutaron un diseño observacional transversal en una muestra de 130 pacientes, aplican un cuestionario de diseño propio. Encuentran que 33,3% mostraron angustia, 16,5% síntomas de depresión moderada y 135 síntomas de ansiedad moderada. Encuentran asociación entre el deseo de apoyo psicosocial y la angustia. Es relevante realizar un examen psicosocial exhaustivo de todos los pacientes para identificar a aquellos que necesitan apoyo. Siendo los pacientes con angustia los que tienen más probabilidades de expresar la necesidad de apoyo psicosocial.²⁰

Dinesh A. et al (EE. UU, 2021) investigan la relación entre la ansiedad, depresión y los resultados del cáncer, así como los resultados funcionales y oncológicos en los cánceres urológicos. Se realiza la indagación sistemática en varias bases de datos hasta junio de 2020, incluyendo Global Health, Embase, PubMed y PsycINFO. Se seleccionaron 25 estudios que involucraron un total de 175,047 pacientes con cáncer urológico, de entre 3,966 estudios examinados. Se encontró que los síntomas y trastornos significativos de depresión y ansiedad afectan negativamente los resultados funcionales en varios tipos de cáncer. Específicamente, se observó una asociación adversa con el desempeño sexual y urológico en pacientes con CP. Estos hallazgos indican que la depresión y la ansiedad están relacionadas de manera negativa con los resultados funcionales y de mortalidad en los cánceres urológicos, especialmente en el caso del cáncer de próstata.²¹

Ilie G. et al (EE. UU, 2021) este estudio demuestra que los hombres con diagnóstico de CP tienen una mayor incidencia de experimentar depresión a lo largo de la vida en comparación con aquellos sin historial de esta enfermedad. Realizaron un análisis transversal en una muestra de 6,585 masculinos de entre 49 y 69 años, extraídos del ciclo de encuestas 2009-2015 del estudio Atlantic PATH.²²

Utilizando el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) para detectar la prevalencia de depresión leve, moderada o grave. Se encontró que el 14.7% de los hombres de esta muestra mostraron positivos en los exámenes de detección de depresión. Los varones con antecedentes de CP tenían 2.60 veces más

probabilidades de obtener un resultado positivo de depresión en comparación con aquellos con antecedentes de otros tipos de cáncer. Estos hallazgos aportan más evidencia sobre la relación entre la supervivencia al CP y la depresión, destacando la importancia de brindar apoyo y atención a la SM a los sobrevivientes de cáncer de próstata, especialmente aquellos con bajos ingresos familiares.²²

Tuijl L. et al (Países bajo, 2021) este estudio busca investigar si varios factores psicosociales, como la depresión, la ansiedad, eventos recientes de pérdida, apoyo social percibido, estado civil, angustia general y neuroticismo, están vinculados con la incidencia de cualquier tipo de cáncer. Se realizaron metaanálisis en dos etapas, siguiendo pautas previamente establecidas, utilizando datos armonizados de 18 cohortes. Se analizaron los datos de 617,355 participantes en total. Se evaluaron cuatro factores psicosociales, cuatro comportamientos de salud y siete resultados de cáncer. Los resultados sugieren una asociación estadística entre los factores psicosociales y el cáncer, y se investiga si las conductas de salud tienen un efecto de interacción o mediación en esta relación.²³

Sánchez E. et al (España, 2020) estiman la frecuencia de depresión o ansiedad no diagnosticada en hombres con CP y sus parejas, así como identificar los factores asociados con su aparición. Ejecutaron un estudio prospectivo que incluyó a 184 varones y 137 parejas evaluados en un hospital en el año 2019. Se utiliza para la evaluación Escala de Ansiedad Conmemorativa para el Cáncer de Próstata (MAX-PC), la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS) y el módulo de depresión del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). Se encontró que la prevalencia de ansiedad fue del 10.9% según el MAX-PC y del 28.3% según el MAX-PC-PSA.²⁴

El cuestionario HADS-A indicó patología en el 14.1% de los pacientes y en el 16.05% de las parejas. La depresión fue detectada en el 7% según el HADS-D y el 9.2% según el PHQ-9 en los pacientes, mientras que en las parejas fue del 8.8% según el HADS-D y del 16.05% según el PHQ-9. Se observó una alta prevalencia de depresión y de ansiedad no diagnosticadas en varones con CP y sus parejas, y se encontró correlación entre prevalencia y el nivel educativo.²⁴

Dean A. et al (Canadá, 2020) evalúan la comprensión del comportamiento suicida en pacientes con cáncer de próstata, examinando los mediadores psicosociales (tales como la depresión, el dolor psicológico, la carga percibida y la frustración de pertenencia) en la relación entre riesgo suicida y la CV. Un total de 406 con cáncer de próstata participaron en una encuesta en línea que evaluaba diversas variables psicosociales asociadas con el riesgo de suicidio. Más del 14% de los participantes informaron un riesgo de suicidio clínicamente significativo. Se obtiene una relación entre una peor calidad de vida y una mayor depresión, la cual, a su vez, se vinculó con un mayor riesgo de suicidio. Dada la preocupante cantidad de individuos en riesgo de suicidio identificados en este estudio, se sugiere que los médicos consideren la derivación o tratamiento psicosocial para pacientes con una CV deteriorada debido al cáncer de próstata y una elevada depresión.²⁵

Villarreal D. et al (Perú, 2022) examinan la relación entre los síntomas depresivos, estrés, ansiedad, la CV y malestar emocional en pacientes oncológicos peruanos en un estudio transversal que considero a 500 pacientes con Cáncer, del INEN. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y se calcularon medidas de asociación de Poisson entre los factores de salud mental y la CV demostrando la prevalencia de síntomas de ansiedad (27.5%), síntomas depresivos (20.4%), síntomas de estrés moderado (83.2%) y síntomas emocionales de ansiedad (57.4%).²⁶

Según el modelo de regresión de Poisson, los pacientes con cáncer con al menos 12 años de educación tienen baja probabilidad de presentar síntomas de angustia emocional. Aquellos con una CV mental de baja a moderada tenían el doble de probabilidades de experimentar síntomas de angustia de moderados a graves. Se encontró que la angustia emocional y el estrés estaban correlacionados con la CV de las personas con cáncer. Además, otras variables como los niveles de educación más altos se asociaron con problemas de salud mental.²⁶

Valle C. (Lima-Perú, 2023) evalúan el nivel de ansiedad y depresión en personas con cáncer que están hospitalizadas en un establecimiento de salud de clase III-2 en Lima. Sus objetivos específicos incluyeron determinar el nivel depresión y ansiedad en estos pacientes según su diagnóstico, estado civil, sexo y estadio de cáncer. Fue un estudio descriptivo no experimental que utilizó (HADS). La muestra

consistió en 70 pacientes con cáncer hospitalizados en dicho establecimiento. La información recolectada es analizada y utilizando el programa estadístico Janov.²⁷

Se observó que tanto la ansiedad como la depresión fueron calificadas como moderadas, y su presencia estuvo influenciada por el diagnóstico, estadio del cáncer. Se encontró un mayor porcentaje de trastornos clínicos de ansiedad en comparación con la depresión. Además, se observó que, dependiendo del estado civil, la ansiedad fue el problema clínico predominante.²⁷

El CP es la forma más prevalente de neoplasia en varones a nivel global. Este tipo de neoplasia se inicia en el tejido glandular de la próstata y puede variar en términos de grado de diferenciación celular, grado de anaplasia y comportamiento biológico, incluyendo la forma de metastatizar a otros órganos. La relevancia de esta enfermedad para la salud pública se caracteriza principalmente por dos razones: su alta incidencia en todo el mundo, afectando incluso a varones menores de 50 años; en segundo lugar, su tendencia a ser asintomática en las etapas iniciales. Esto, junto con su crecimiento lento, puede hacer que el cáncer pase desapercibido para el paciente hasta que migre más allá de la próstata, lo que reduce significativamente las posibilidades de un manejo y tratamiento efectivo.²⁸

El cáncer de próstata está influenciado por factores hereditarios, donde los antecedentes familiares juegan un papel importante como factor de riesgo. Hay dos formas principales de predisposición genética al cáncer de próstata: La herencia de un solo gen es rara y representa alrededor del 5% del global; Por otra parte, la herencia poligénica (HP) es más común y representa alrededor del 95%. La HP plantea un desafío para su análisis debido a la gran cantidad de variantes genéticas asociadas con un mayor riesgo de CP en diferentes grupos étnicos. Es fundamental entender esta tendencia familiar, mediante la construcción de una rama genealógica detallando el método de detección temprana. Los genes más comúnmente asociados con la herencia de un solo gen incluyen aquellos involucrados en reparar el ADN, como los genes ATM, HOXB13, BRCA1 y BRCA2. Los cánceres hereditarios de un solo gen se caracterizan por tumores más agresivos y de aparición más temprana.²⁹

Los factores etiológicos que incrementan el riesgo de CP incluyen el envejecimiento, ya que la estadística de desarrollar la enfermedad aumenta a medida que el hombre envejece. La afección es menos común en varones de 40 años y más común en varones mayores de 55 años debido al daño al ADN de las células de la próstata. Los varones afroamericanos tienen mayor incidencia de padecer la enfermedad más joven y tienen más probabilidades de desarrollar tumores neoplásicos que se desarrollan y se propagan rápidamente, lo que incrementa el riesgo de muerte. Los antecedentes familiares también afectan el riesgo; si un pariente cercano, como un padre, un hijo, un hermano, tiene CP, el riesgo aumenta de 2 a 3 veces. Fumar también se vincula con un mayor riesgo de CP, aunque el riesgo baja con el tiempo, después de dejar de fumar y es equivalente al de los no fumadores de la misma edad después de 10 años. Además, el estilo de vida puede afectar las posibilidades de desarrollar esta enfermedad, siendo mayor el riesgo en personas que consumen más calorías, grasas animales y azúcares refinados.³⁰

El CP no presenta síntomas evidentes en sus primeras etapas, lo que lleva a una detección tardía. Algunos signos que indican la presencia de este trastorno incluyen urgencia repentina de orinar, débil flujo o interrumpido, dificultad para miccionar por completo, ardor o disuria, hallazgo de hematuria o hematospermia y malestar en el área de la vejiga. Aparición repentina de mareos, piel pálida, fatiga y aumento del ritmo cardíaco en la espalda, la pelvis o las nalgas.³¹

Actualmente, las dos herramientas principales que utilizamos para la detección temprana del CP son el antígeno prostático específico (PSA) y el tacto rectal (TR). Antes de la introducción del PSA como método de detección del CP, el TR era la única opción para el diagnóstico precoz. Sin embargo, su principal limitación es su subjetividad, ya que muchos críticos del cribado creen que la mayoría de los cánceres son inalcanzables. Sin embargo, para la comunidad médica especializada en urología, el TR juega un papel importante en la detección temprana del CP, como lo demuestran diversos estudios publicados a lo largo de la última década. Tanto las guías europeas como las estadounidenses recomiendan el TR, lo que sugiere que aproximadamente el 18 % de los cánceres de próstata se identifican

únicamente mediante la TR anormal, lo que puede ser un indicador importante de un cáncer más severo (puntuación de Gleason > 7).³²

Para el correcto uso del antígeno prostático específico en el CP, es necesario comprender sus cambios fisiopatológicos, que se ven incrementados por factores como la edad, procesos inflamatorios como la hiperplasia prostática benigna, el CP y la prostatitis, y la eyaculación. El límite prescrito es de 4 ng/ml. Los varones con niveles de PSA superiores a la mediana para su edad tienen un mayor riesgo de desarrollar CP en el futuro y un mayor riesgo de mortalidad a causa de esta patología. En promedio, las personas de 30 años tienen niveles de PSA de 0,5 ng/ml, las personas de 40 años de 0,7 ng/ml, las personas de 50 años de 0,9 ng/ml, las personas de 60 años de 1,3 ng/ml y las personas de 70 años. 1,7 ng/ml para personas de 80 años y 80 ng/ml para personas de 80 años. en los años 1980. Se debe considerar sospecha de cáncer si la tasa de aumento es mayor a 0,75 ng/ml/año en varones con PSA entre (4-10 ng/ml) o superior a 0,35 ng/ml/año en pacientes con PSA inferior a 4 ng/ml. ³³

Dos clases principales de terapia farmacológica han demostrado beneficios en la supervivencia en el CP metastásico: la terapia hormonal y la quimioterapia. La terapia hormonal funciona inhibiendo la síntesis o la interacción directa de los ligandos del receptor de andrógenos (agonista y antagonista de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LH-RH), (acetato de abiraterona) en las células tumorales de próstata (inhibidores del receptor de andrógenos) para alterar la función de los receptores de andrógenos. Dos moléculas utilizadas en quimioterapia, docetaxel y cabazitaxel, actúan interfiriendo con el huso mitótico. Si durante el diagnóstico se detectan metástasis, el manejo se centra en la cirugía o la castración médica, a veces en combinación con docetaxel o abiraterona en pacientes con metástasis extensas.³⁴

El tratamiento del CP confinado a órganos afecta la calidad de vida (CV). Los tratamientos médicos individuales, como la braquiterapia (BT) y la prostatectomía radical (PR), generalmente tiene poco efecto sobre la CV que otras alternativas de tratamiento. Siendo así que los aspectos de mayor impacto en el paciente son las fístulas e incontinencia urinaria relacionadas con el tratamiento del CP localizado.

El cuestionario SF-36 es una medida de CV válida internacionalmente utilizada para la evaluación transversal de las condiciones de vida y ayuda a comparar los efectos de diferentes tratamientos para el CP localizado.³⁵

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño de investigación:

Tipo de investigación: Aplicado.³⁶

Diseño de investigación: No experimental, descriptivo, correlacional simple, transversal, cualitativo.³⁶ (Anexo 01)

2.2 Variables y operacionalización

Variables:

V1: Estadio del cáncer de próstata. (Cualitativo)

V2: Niveles de ansiedad. (Cualitativo)

Variables intervinientes: comorbilidades, Diabetes, Hipertensión, Osteoporosis. (Cualitativo)

Operacionalización de las variables: (Anexo 02)

2.3 Población, muestra, muestreo

Población: Todos los pacientes atendidos con cáncer de próstata en Hospital nivel III, en la Región la Libertad años 2024

Criterios de inclusión

- Paciente con diferente estadio de cáncer de próstata
- Registros clínicos completos del paciente con cáncer de próstata

Criterios de exclusión

- Pacientes que no accedan a participar voluntariamente en el estudio.
- Pacientes con dificultades en la comunicación verbal o escrita.

Muestra: la muestra se obtuvo aplicando la fórmula para estudios descriptivos con una población infinita.³⁶ Obteniéndose una muestra de 385 pacientes. (Anexo 03)

Muestreo: En el estudio se ha considerado aplicar el muestreo probabilístico, aleatorio simple.³⁷

Unidad de Análisis: Cada varón con Ca. de próstata.

Unidad de muestreo: Cada varón con Ca de próstata y su respectiva historia clínica.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: Se aplicó dos técnicas:

- **Revisión documental:** del informe anatomopatológico sobre el estadio del cáncer de próstata.³⁸
- **Cuestionario:** mediante la aplicación del Test de ansiedad.³⁷

Instrumento: Para los aspectos descriptivos, se ha elaborado un formulario para recopilar datos generales como: la edad y el tiempo de enfermedad, estadio anatomopatológico del cáncer de próstata y comorbilidades. (Anexo 04)

Para obtener los niveles de ansiedad, se emplea el cuestionario sobre Test de Beck que evalúa los síntomas físicos de la ansiedad, incluidos los síntomas de los trastornos de ansiedad y la depresión. El cuestionario consta de 21 preguntas con puntuaciones que van de 0 a 63. Los puntos

de corte para la interpretación de resultados obtenidos: 00 - 21 ansiedad muy baja, 22 - 35 ansiedad moderada, Más de 36 ansiedad severa.³⁹

Validación y confiabilidad: Para la información general, se consideró aplicar la técnica de expertos, para lo cual participan los siguientes especialistas: dos urólogos y un médico internista; quienes analizarán si la ficha contiene datos relevantes para la presente investigación.⁴⁰

El Test de Beck tiene un nivel de confianza de ($\alpha=0.95$) indicando que su nivel de consistencia es bueno.

2.5 Procedimientos

Se solicitó permiso al responsable del establecimiento para tener acceso a la información documental y a los pacientes. Al paciente se le informa del propósito del estudio, y la solicitud de consentimiento informado. Los pacientes serán entrevistados en el área de consulta del establecimiento, el tiempo estimado del cuestionario es de 22 minutos por persona.

2.6 Método de análisis de datos

La información adquirida, se administra en una base de datos realizada en Excel, para ser migrada la información al programa estadístico SPSS Vs.27. Se realizaron dos tipos de análisis estadísticos, para los datos generales y comorbilidades, los estadísticos descriptivos tales como, frecuencias absolutas y relativas y porcentuales. Se utilizó una prueba no paramétrica de chi cuadrado para analizar la correlación entre las variables de estudio.

2.7 Consideraciones éticas

Este estudio cumplió con las Normas éticas de Helsinki, respetando el derecho a la confidencialidad del paciente, conforme al artículo 77, así como los principios de no maleficencia y respeto, de acuerdo con los artículos 97 y 98.⁴¹ Asimismo, se acató el artículo 48 del Código de Ética

del Colegio Médico del Perú, junto con el artículo 42, que establece el compromiso de cumplir con las normas.⁴² Finalmente, en cumplimiento de los criterios de la Universidad César Vallejo, según el artículo 7, se asegura la preservación del rigor científico y el cumplimiento de los requisitos éticos, legales y de seguridad. Además, el Comité de Ética de la Universidad será el encargado de aprobar el proyecto de investigación, considerando especialmente los términos y condiciones acordados para su aceptación.⁴³

La Escuela de Medicina de la Universidad Cesar Vallejo en base a la Resolución Directoral N° 0127-2024-UCV-VA-MED/DE, ha aprobado el siguiente Proyecto de Investigación y se espera la autorización del Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional Docente de Trujillo, para el desarrollo de la presente.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Estadio del CP y ansiedad en pacientes atendidos en un Hospital nivel III, en la región la Libertad, el 2024.

Estadios	Ansiedad				Total	
	Baja		Media		n	%
	n	%	n	%		
I	11	14	0	0	11	14
II	35	44	10	13	45	56
III	17	21	6	8	23	29
IV	0	0	1	1	1	1
Total	63	79	17	21	80	100

Fuente: Test Aplicado a pacientes con cáncer

El estadio de CP más prevalente en el estudio se presenta en el II trimestre, 56% (45), por otro lado, resaltamos no se encuentra el nivel de ansiedad alta, pero si un considerable nivel bajo, 79% (63), además se observó mayor número de pacientes que presentaron bajo nivel de ansiedad y que se encuentran en el estadio II 44% (35).

Tabla 2. Relación entre el estadio del CP y los niveles de ansiedad

Rho de Spearman		Ansiedad	Estadio
Ansiedad	Coefficiente de correlación	1	0.207
	Sig. (bilateral)		0.066
	N	80	80
Ansiedad	Coefficiente de correlación	0.207	1
	Sig. (bilateral)	0.066	
	N	80	80

Fuente: Salida de SPSS 28.

Según la estadística Rho de Spearman =0.207 indica una relación pobre y directa entre el estadio de la enfermedad de cáncer y los niveles de ansiedad, pero resulta ser No significativa ya que presento una significancia $p=0.066/p>0.05$

Tabla 3. Estadio de CP según edad, tiempo de enfermedad y comorbilidades.

	Estadio Del Cáncer De Próstata										X ²	p
	I		II		III		IV		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Edad												
45 a 55	1	1	2	3	1	1	0	0	4	5	5.243 ^a	0.813
55 a 65	4	5	13	16	3	4	0	0	20	25		
65 a 75	4	5	20	25	11	14	1	1	36	45		
75a +	2	3	10	13	8	10	0	0	20	25		
Total	11	14	45	56	23	29	1	1	80	100		
Tiempo De Enfermedad												
<2	9	11	36	45	15	19	1	1	61	76	2.395 ^a	0.495
3 a 5	2	3	9	11	8	10	0	0	19	24		
Total	11	14	45	56	23	29	1	1	80	100		
Comorbilidades												
DM2	1	1	1	1	3	4	0	0	5	6	6.893 ^a	0.865
h. próstata	0	0	3	4	1	1	0	0	4	5		
HTA	0	0	2	3	0	0	0	0	2	3		
ITU	0	0	4	5	2	3	0	0	6	8		
Otro	10	13	35	44	17	21	1	1	63	79		
Total	11	14	45	56	23	29	1	1	80	100		

Fuente: Test Aplicado a pacientes con cáncer

De la presente tabla diremos que la edad, el tiempo de la enfermedad y las comorbilidades se presentaron de manera similar según los estadios de cáncer de próstata según la estadística chi cuadrado $p < 0.05$ / $p > 0.05$.

Tabla 4. Niveles de ansiedad, según edad, tiempo de enfermedad y comorbilidades.

	Ansiedad						X ²	P
	Baja		Media		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Edad								
45 a 55	4	5	0	0	4	5	2.482 ^a	0.479
55 a 65	14	18	6	8	20	25		
65 a 75	28	35	8	10	36	45		
75a ++	17	21	3	4	20	25		
Total	63	79	17	21	80	100		
Tiempo De Enfermedad								
<2	51	64	10	13	61	76	3.620 ^a	0.057
3 a 5	12	15	7	9	19	24		
Total	63	79	17	21	80	100		
Comorbilidades								
DM2	4	5	1	1	5	6	2.610 ^a	0.625
h. próstata	2	3	2	3	4	5		
HTA	2	3	0	0	2	3		
ITU	5	6	1	1	6	8		
OTRO	50	63	13	16	63	79		
Total	63	79	17	21	80	100		

Fuente: Test Aplicado a pacientes con cáncer

La edad de los pacientes con cáncer más frecuentes se encuentra en el grupo etario de 65 a 75 años (45%, el 76%) los mismos tenían la enfermedad menos de 2 años y las comorbilidades más frecuentes encontramos a la infección de tracto urinario en 8% y DM2 en un 6%, cabe resaltar que la edad, el tiempo de la enfermedad y las comorbilidades se presentaron de manera similar según los niveles de ansiedad $p > 0.05$.

IV. DISCUSIÓN

Con el objetivo de establecer si el estadio del cáncer de próstata está relacionado con los niveles de ansiedad, en pacientes atendidos en Hospital Regional Docente de Trujillo, en la Región de la Libertad. Los resultados encontrados fueron los siguientes.

La Tabla N°1 ilustra la relación entre el estadio del CP y los niveles de ansiedad en los pacientes. Se observa que ningún paciente presentó un nivel alto de ansiedad; el 79% (63) manifestó un nivel bajo de ansiedad, mientras que el 21% (17) mostró un nivel moderado. Y en la Tabla N°2 al realizar el análisis estadístico, no se encontró correlación entre las variables estudiadas; $RS= 0.207$ $p=0.066/$ $p>0.05$. Esto significa que, a medida que el estadio del cáncer de próstata avanza, hay una ligera tendencia a que los niveles de ansiedad aumenten. Sin embargo, la magnitud de esta correlación es baja, lo que sugiere que el estadio de la enfermedad no explica de manera significativa las variaciones en los niveles de ansiedad.

Similares resultados reportan: Velasco V. et al¹¹ en relación al estrés psicológico que sufren los pacientes que padecen cáncer, observó que los hombres tenían menos ansiedad y depresión (OR 0.66, IC 95%: 0.52-0.84; OR 0.72, IC 95%: 0.56-0.93). Shucheng P. et al¹⁴ encontró que la ansiedad y la depresión estaban significativamente relacionadas de manera desfavorable con un coeficiente de regresión estandarizado ($\beta= -0.312$, E. E= 0.478, $p<0.05$). Wang L. et al¹⁷ revelaron que la ansiedad y la depresión se asociaba negativamente con la autoeficacia y el apoyo social, mientras que la autoeficacia y el apoyo social mostraban una correlación positiva ($r = 0.356$, $P < 0.01$).

Baba N. et al²⁰ el 33,3% mostró angustia, el 16,5% síntomas de depresión moderada y el 13% síntomas de ansiedad moderada. No se encontraron diferencias significativas entre varones con diferentes tratamientos y etapas de la enfermedad. Sin embargo, lie G. et al²² encuentran que los hombres con antecedentes de CP tenían 2,60 (IC 95%: 1,02, 6,65) veces más probabilidades de dar positivo en las pruebas de detección de la depresión que los hombres con antecedentes de cualquier otra forma de cáncer.

A diferencia de Crump C. et al¹² Se utilizó la regresión de Cox para estimar los cocientes de riesgo (HR), Los hombres con CP de alto riesgo tuvieron un riesgo casi dos veces mayor de trastornos de ansiedad que los hombres de control sin PC (HR ajustado, 1,96; IC del 95%, 1,87-2,05).

La Tabla N°3 muestra que el grupo más grande es el de 65 a 75 años, con un 45% (36 pacientes) del total de la muestra. Dentro de este grupo, la mayor parte se encuentra en el Estadio II (25 pacientes), seguido por 11 pacientes en el Estadio III, y un solo paciente en el Estadio IV, por otra parte, según el tiempo de enfermedad la mayoría de los pacientes (76%, 61 pacientes) llevan menos de 2 años con el diagnóstico de cáncer, y la mayor proporción de estos pacientes se encuentra en el Estadio II (45 pacientes). Así mismo La mayoría de los pacientes (79%, 63 pacientes) tienen alguna otra comorbilidad no especificada siendo en este grupo está mayoritariamente en el Estadio II (44 pacientes).

Así mismo Corsini C. et al¹³ La edad en el momento del diagnóstico y la carga de comorbilidades de los 11 382 hombres diagnosticados con mCP de novo se mantuvieron esencialmente estables durante el estudio de 2008 a 2020 (edad media [RIC], 74,0 [68-81] años). Por otra parte, Ilie G. et al²² encontró varones con antecedentes de CP tenían 2,60 (IC 95%: 1,02, 6,65) veces más probabilidades de dar positivo en las pruebas de detección de la depresión que los hombres con antecedentes de cualquier otra forma de cáncer.

Adrianzen A.²⁷ registro puntaje superior al 90% en los tres grados de cáncer, lo cual indica la presencia de ansiedad como problema clínico. Sin embargo, en cuanto a la depresión, el puntaje alcanzado supera el 50%, situándola en una categoría dudosa.

La Tabla N°4 muestra que no hay una diferenciación significativa en los niveles de ansiedad según la edad ($p=0.479$). Los niveles de ansiedad baja, media y alta se distribuyen de manera relativamente uniforme en los distintos grupos de edad. Respecto al tiempo de enfermedad no hay una asociación significativa ($p=0.057$), aunque se observa una tendencia leve a mayor ansiedad en aquellos con más de 3 años de enfermedad. así mismo dentro de las comorbilidades más frecuentes fueron infecciones del tracto urinario (ITU, 8%) y Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2,

6%), no encontrándose relación estadísticamente significativa entre las comorbilidades y los niveles de ansiedad ($p=0.625$).

Mamudu L. et al⁹ menciona en su estudio que los hombres de 50 a 64 años con Cáncer mostraron la mayor probabilidad de SRDS (AOR = 2,51, IC 95% = 1,69-3,73). Por otro lado, Wan H. et al¹⁰ en su estudio se observó una tasa de mortalidad por síntomas depresivos ligeramente más alta entre los supervivientes de CP en comparación con la población masculina general (SMR: 1,15, IC95%: 1,09-1,2). así mismo se encontró aumentó ligeramente con la edad de los supervivientes de CP, de una TME de 0,72 (IC95%: 0,2-1,85) en el grupo de 45-49 años a 1,20 (IC95%: 1,08-1,33) en el grupo de 85+ años.

Shucheng S. et al¹⁴ La ansiedad y la depresión se relacionaron significativamente negativamente con la CV, con un coeficiente de regresión estandarizado ($\beta=-0,312$, S.E. =0,478, $p < 0,05$), lo que significa que los participantes que informaron niveles más altos de ansiedad informaron niveles disminuidos de CV.

Vyas N. et al¹⁵ La edad avanzada se asoció con una reducción de las probabilidades de depresión (OR 0,97; $p = 0,04$), con poca evidencia de efecto para otros resultados.

Así mismo, Duarte V. et al¹⁶ encontraron que la ansiedad fue más frecuente entre los habitantes de zonas rurales (odds ratio ajustado, ORa, IC95%: 2,80, 0,91-8,58) y menos frecuente en los varones con índice de masa corporal de 25-29,9 kg/m² (ORa, IC95%: 0,33, 0,12-0,91) en comparación con 18,5-24,9 Kg/m², mientras que los que vivían solos tenían mayores probabilidades de depresión (ORa, IC95%: 6,35, 1,43-28,30).

Sánchez E. et al²⁴ en sus resultados confirman la existencia de altas tasas de ansiedad y depresión en pacientes con CP y sus esposas, la depresión se detectó en el 7,06% de los pacientes según el HADS y en el 9,2% de los pacientes según el PHQ-9.

V. CONCLUSIONES

1. La correlación entre el estadio del cáncer de próstata y los niveles de ansiedad fue débil y no significativa. Esto sugiere que el estadio de la enfermedad no influye de manera significativa en los niveles de ansiedad. Por lo tanto, se acepta hipótesis nula.
2. La mayoría de los pacientes con cáncer de próstata presentaron niveles bajos de ansiedad. Un bajo % mostró niveles moderados, y ningún paciente presentó ansiedad alta.
3. Los pacientes entre 65 y 75 años constituyen el grupo más grande. La ansiedad no varió significativamente según la edad, tiempo de enfermedad o comorbilidades.
4. Las infecciones del tracto urinario y la diabetes mellitus tipo 2 fueron las comorbilidades más frecuentes, sin influencia significativa en los niveles de ansiedad.

VI. RECOMENDACIONES

1. Una de las limitantes fue que en el hospital cede, solo se detectan a los pacientes, los con CP, acuden al IREN siendo difícil el acceso, por lo tanto, sería recomendable hacer un estudio de cohorte (seguimiento en estos pacientes y monitorizarlos virtualmente para identificar si desarrollan o no depresión).
2. Se recomienda realizar estudios a largo plazo que permitan analizar cómo varían los niveles de ansiedad a lo largo del tratamiento y la progresión del cáncer de próstata.
3. Se sugiere realizar estudios adicionales que profundicen en las diferencias según el tipo de tratamiento recibido y en grupos con mayor variabilidad en las características demográficas y clínicas para verificar la generalización de los resultados.

VII. REFERENCIAS

1. Islas Pérez, L. Á., Martínez Reséndiz, J. I., Ruiz Hernández, A., Ruvalcaba Ledezma, J. C., Benítez Medina, A., Beltran Rodríguez, M. G., Yáñez González, A., Rivera Gómez, M., Jiménez Sánchez, R. C., & Reynoso Vázquez, J. (2020). Epidemiología del cáncer de próstata, sus determinantes y prevención. *Journal of Negative & No Positive Results*, 5(9), 1010–1022. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3686>
2. Ariza, I. N., Veiga, M. P. P. da, García, L. B., Cendra, C. S., & Espinosa, J. C. (2021). Cáncer de próstata. *Medicine*, 13(26), 1454–1466. <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.02.013>
3. 17 de Noviembre: Día Mundial contra el Cáncer de Próstata. (2023, November 17). Servicio de Urología Hospital San Rafael (Madrid). <https://www.urologiasanrafael.com/17-de-noviembre-dia-mundial-contra-el-cancer-de-prostata/>
4. Rubí-López B, Real-Cárabes JJ, Magaña-Gutiérrez A, et al. Cáncer de próstata en México: experiencia epidemiológica en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”. *Rev Mex Urol*. 2020;80(6):1-8.
5. Datos epidemiológicos Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (n.d.). Sld.pe. Retrieved February 21, 2024, from <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>
6. :: IREN NORTE :: (n.d.). Gob.Pe. Retrieved February 21, 2024, from https://www.irennorte.gob.pe/registro_hosp_ca.php
7. Pérez, L., Reséndiz, J. I. M., Hernandez, A. R., Ledezma, J. C. R., Medina, A. B., Rodríguez, M. B., González, A., Gómez, M. R., Sánchez, R. C. J., & Vázquez, J. R. (2020). Epidemiología del cáncer de próstata, sus determinantes y prevención. *Journal of Negative & No Positive Results*, 5(9), 1010–1022. <https://doi.org/10.19230/JONNPR.3686>
8. Lluch BA, Linares TS, Naranjo HY, et al. Vínculos entre psico-oncología y enfermería en el cuidado continuo de personas con cáncer de próstata. *Rev. Cuba Enf*. 2021;37 (4):1-19.
9. Mamudu L, Li J, McEligot AJ, Wood M, Rusmevichientong P, Tetteh-Bator E, et al. Cancer worry and its impact on self-reported depressive symptoms among adult males and females in the US: a nationwide sample study. *BMC Psychiatry*

- [Internet]. 2024;24(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-023-05405-4>
10. Wan H, Zhan X, Xiong S, Chen T, Liu X, Deng X, et al. Trends in suicide mortality among prostate cancer survivors in the United States, 1975–2019. *BMC Public Health* [Internet]. 2024;24(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-023-17589-1>
 11. Velasco-Durantez V, Cruz-Castellanos P, Hernandez R, Rodriguez-Gonzalez A, Fernandez Montes A, Gallego A, et al. Prospective study of predictors for anxiety, depression, and somatization in a sample of 1807 cancer patients. *Sci Rep* [Internet]. 2024;14(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-024-53212-y>
 12. Crump C, Stattin P, Brooks JD, Sundquist J, Sundquist K, Sieh W. Risk of anxiety disorders in men with prostate cancer: A national cohort study. *JNCI Cancer Spectr* [Internet]. 2024 [cited 2024 Oct 18]; kae087. Available from: <https://academic.oup.com/jncics/advance-article/doi/10.1093/jncics/pkae087/7758067>
 13. Corsini C, Garmo H, Orrason AW, Gedeberg R, Stattin P, Westerberg M. Survival trend in individuals with DE Novo metastatic Prostate Cancer after the introduction of doublet therapy. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 18];6(10):e2336604. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2809974>
 14. Pan S, Wang L, Zheng L, Luo J, Mao J, Qiao W, et al. Effects of stigma, anxiety and depression, and uncertainty in illness on quality of life in patients with prostate cancer: a cross-sectional analysis. *BMC Psychol* [Internet]. 2023;11(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-023-01159-6>
 15. Vyas N, Brunckhorst O, Fanshawe JB, Stewart R, Dasgupta P, Ahmed K. Prognostic factors for mental wellbeing in prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology* [Internet]. 2023;32(11):1644–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.6225>
 16. Duarte V, Araújo N, Lopes C, Costa A, Ferreira A, Carneiro F, et al. Anxiety and depression in patients with prostate cancer, at cancer diagnosis and after a one-year follow-up. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(15):9122. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19159122>

17. Wang L, Luo J, Li Y, Zhou Y, Wang W. Social support, anxiety, and depression in patients with prostate cancer: complete mediation of self-efficacy. *Support Care Cancer* [Internet]. 2022;30(8):6851–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-022-07065-8>
18. Dordoni P, Remmers S, Valdagni R, Bellardita L, De Luca L, Badenchini F, et al. Cross-cultural differences in men on active surveillance' anxiety: a longitudinal comparison between Italian and Dutch patients from the Prostate cancer Research International Active Surveillance study. *BMC Urol* [Internet]. 2022;22(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12894-022-01062-z>
19. Natuhwera G, Ellis P, Wilson Acuda S, Namukwaya E. Psychosocial and emotional morbidities after a diagnosis of cancer: Qualitative evidence from healthcare professional cancer patients. *Nurs Open* [Internet]. 2023;10(5):2971–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.1541>
20. Baba N, Schrage T, Hartmann A, Baba K, Wuensch A, Schultze-Seemann W, et al. Mental distress and need for psychosocial support in prostate cancer patients: An observational cross-sectional study. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 2021;56(1):51–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0091217420938896>
21. Dinesh A, Helena Pagani Soares Pinto S, Brunckhorst O, Dasgupta P, Ahmed K. Anxiety, depression and urological cancer outcomes: A systematic review. *Urol Oncol* [Internet]. 2021;39(12):816–28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urolonc.2021.08.003>
22. Ilie G, Rutledge R, Sweeney E. An examination of the role of socioeconomic status in the relationship between depression and prostate cancer survivorship in a population-based sample of men from Atlantic Canada. *Oncology* [Internet]. 2021;99(4):260–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000512444>
23. van Tuijl LA, Voogd AC, de Graeff A, Hoogendoorn AW, Ranchor AV, Pan K-Y, et al. Psychosocial factors and cancer incidence (PSY-CA): Protocol for individual participant data meta-analyses. *Brain Behav* [Internet]. 2021;11(10). Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/brb3.2340>
24. Sánchez Sánchez E, González Baena AC, González Cáliz C, Caballero Paredes F, Moyano Calvo JL, Castiñeiras Fernández J. Prevalence of anxiety and depression in Prostate Cancer patients and their spouses: An unaddressed

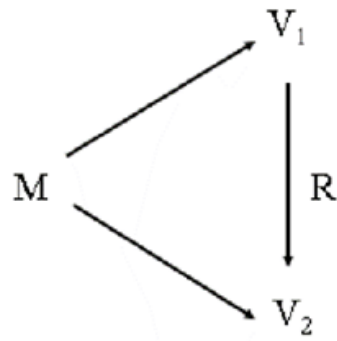
- reality. Prostate Cancer [Internet]. 2020;2020:1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2020/4393175>
25. Tripp D, Mihajlovic V, Fretz K, Fervaha G, Izard J, Corby R, et al. Quality of life, depression, and psychosocial mechanisms of suicide risk in prostate cancer. Can Urol Assoc J [Internet]. 2019;14(10). Available from: <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.6310>
26. Villarreal-Zegarra D, Malaquias-Obregon SC, García-Serna J, Vilela-Estrada AL, Cabrera-Alva M, Copez-Lonzoy A. Association between quality of life with depressive symptoms, anxiety, stress, and emotional distress in Peruvian cancer patients: A cross-sectional study [Internet]. Research Square. 2022. Available from: <http://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-1789695/v2>
27. de categoría III- A y. D en POH en UI de L del SS. UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO [Internet]. Edu.pe. [cited 2024 Mar 11]. Available from: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/6493/1/TL_AdrianzenChudanAngel.pdf
28. Islas Pérez LÁ, Martínez Reséndiz JI, Ruiz Hernández A, Ruvalcaba Ledezma JC, Benítez Medina A, Beltran Rodríguez MG, et al. Epidemiología del cáncer de próstata, sus determinantes y prevención. J Negat No Posit Results [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 13];5(9):1010–22. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2529-850X2020000901010&script=sci_arttext
29. Baboudjian M, Ploussard G, Rouprêt M. Interés de la detección sistemática del cáncer de próstata. EMC - Tratado Med [Internet]. 2022;26(3):1–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s1636-5410\(22\)46839-5](http://dx.doi.org/10.1016/s1636-5410(22)46839-5)
30. Cáncer de próstata [Internet]. Urologyhealth.org. [cited 2024 Mar 13]. Available from: <https://www.urologyhealth.org/urology-a-z/cancer-de-prostata>
31. Cáncer de próstata: síntomas, causas y tratamiento [Internet]. Clínica San Pablo. 2022 [cited 2024 Mar 13]. Available from: <https://www.sanpablo.com.pe/blog/cancer-de-prostata/>
32. Christian R, Juan FO, Alejandro MC. Detección precoz de cáncer de próstata: Controversias y recomendaciones actuales. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2018;29(2):128–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.02.013>

33. revista médica sinergia. [cited 2024 Mar 13]; Available from: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/715/1297>
34. Culine S, Bonnet C, Dumont C, Gauthier H. Tratamiento del cáncer de próstata metastásico. EMC - Urol [Internet]. 2021;53(1):1–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s1761-3310\(20\)44713-9](http://dx.doi.org/10.1016/s1761-3310(20)44713-9)
35. Alvarez-Ossorio-Rodal A, Padilla-Fernandez B, Muller-Arteaga CA, Miglioni F, Alvarez-Ossorio-Fernandez JL, Valverde-Martínez S, et al. Impacto en la calidad de vida del tratamiento del cáncer de próstata confinado a órganos. Actas Urol Esp [Internet]. 2020;44(9):630–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2020.05.002>
36. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación cualitativa-cuantitativa y redacción de tesis. 5a ed. U E de la, editor. Bogotá, Colombia; 2018.
37. Hernández-Sampieri, R. Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta, Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, Año de edición: 2018, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p.
38. Catalina MM, Arturo GG. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS. Editorial UNED; 2014.
39. Sanz J, García-Vera y María Fortún MP. EL “INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK” (BAI): PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICOLÓGICOS [Internet]. Behavioralpsycho.com. [cited 2024 Mar 20]. Available from: https://www.behavioralpsycho.com/wpcontent/uploads/2019/08/05.Sanz_20-3oa.pdf
40. Validación por juicio de expertos de un instrumento de evaluación para evidencias de aprendizaje conceptual [Internet]. Org.mx. [cited 2024 Mar 24]. Available from: <https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/960/3213>
41. Colegio Médico del Perú. Código de ética y deontología. Perú. 2020 [Consultado 19/03/2024] Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/01/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOG%3%8DA.pdf>
42. UCV. Código de ética en investigación de la universidad César Vallejo. Perú. 2017. [Consultado 19/03/2024] Disponible en: <https://www.ucv.edu.pe/wp-content/uploads/2020/09/C%3%93DIGO-DE-%3%89TICA-1.pdf>

43. Yanes Chacón AN, Villalobos Campos NP, Cubas González SA. Cáncer de próstata: una perspectiva global. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2023;8(12):e1124. Available from: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v8i12.1124>

ANEXOS

ANEXO N° 01: Diseño del estudio: Correlacional simple



Donde:

M: Pacientes con cáncer de próstata.

V₁: Estadio del cáncer de próstata.

V₂: Niveles de ansiedad

r: Correlación

ANEXOS N° 02. Tabla de Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
V1: Estadio del cáncer de próstata.	Sistema de estadificación tumoral cuyo objetivo es clasificar la enfermedad en 4 estadios clínicos (I a IV) para identificar la extensión del tumor con el fin de determinar el manejo terapéutico óptimo o determinar el pronóstico del paciente. ⁴¹	El estadio por la cual presenta cada usuario con cáncer de próstata clasificación TNM, valor de PSA y score de Gleason de la biopsia.	Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV	Cualitativo nominal
V2: Niveles de ansiedad	Es una emoción de corta duración en la que la subjetividad tiene un papel crucial, independientemente de la objetividad de la situación que se percibe como amenazante; no es constante en intensidad y tiempo. ⁴²	Según el cuestionario de nivel de ansiedad. ³⁷ 00-21: Bajo 22-35: Medio >= 36: Alto	Bajo Medio Alto	Cualitativo nominal

Características de la población	Edad	<45	Cuantitativo de intervalo
		46 a 55	
		56 a 65	
		66 a 75	
		75 +	
	Tiempo de enfermedad	< 2 años	Cuantitativo de intervalo
		2 - 5 años	
		> 5 años	
	Comorbilidades	Diabetes	cualitativo nominal
		Hipertensión	
		Osteoporosis	
		Otros	

ANEXO N° 03: Fórmula para el Tamaño de Muestra

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

DONDE

- $Z = 1.96$ es el valor de la distribución normal estandarizada para un nivel de confianza 95%.
- $P = 0.275$ es la proporción de la población que cumple con la característica de interés²⁴.
- $E = 0.09$
- $N = 400$ Tamaño de la población.

$n = 77$ pacientes

ANEXO N° 04: Estadio del Cáncer de Próstata

CARACTERÍSTICA EPIDEMIOLÓGICA

Edad: 35 a 45 () 46 a 55 () 56 a 66 () >66 ()

TIEMPO DE ENFERMEDAD

< 2 años () 2 - 5 años () > 5 años ()

ESTADIAJE CLÍNICO:

I () II () III () IV ()

COMORBILIDADES

Diabetes () Hipertensión () Osteoporosis () otros()

ANEXO N° 5: Test de Beck

CUESTIONARIO	No 0	Leve 1	Moderado 2	Bastante 3
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				

11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				

ANEXO N° 6: Consentimiento Informado

Ha sido invitado a participar en el estudio titulado: “Estadio del cáncer de próstata y su relación con los niveles de ansiedad en el Hospital Regional Docente de Trujillo, 2024”, realizado por José Santos Ulloa Ortiz, estudiante de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad César Vallejo.

Su participación es completamente voluntaria, y antes de aceptarla, es importante que lea este documento y haga cualquier pregunta necesaria para asegurarse de entenderlo completamente.

El objetivo principal de este estudio es determinar si existe una relación entre el estadio del cáncer de próstata y los niveles de ansiedad en los pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2024.

Su participación es esencial para el desarrollo de este proyecto de investigación. Si decide participar y firma este consentimiento, se le solicitará que complete una encuesta de 21 preguntas para la recolección de datos.

La información recopilada será confidencial, y su identidad no será revelada a menos que lo requieran las autoridades legales o un comité de ética. Aunque los resultados podrán publicarse, los datos personales se mantendrán en estricta confidencialidad.

Si tiene alguna pregunta, puede contactar al responsable del estudio, José Santos Ulloa Ortiz, al número de celular 969328400.

Declaro haber leído este consentimiento y haber recibido respuestas satisfactorias a todas mis preguntas antes de aceptar voluntariamente participar en el estudio.

FIRMA