

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**MANUEL HUAMAN GUERRERO**



**Factores asociados a conocimientos sobre  
prevención del cáncer gástrico en pacientes  
atendidos en consultorio externo del Hospital  
Vitarte, setiembre-noviembre 2017**

Presentado por la Bachiller:

**Mariela Berrospi Zavala**

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Asesor de tesis

Mg. Lucy Elena Correa Lopez

Lima – Perú

2018

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por ayudarme a no rendirme, a darme siempre fuerzas para seguir cumpliendo mis metas.

A mis padres, por su amor infinito y apoyo incondicional. Por enseñarme a ser perseverante.

A mi asesora por su paciencia y apoyo en la realización de este estudio de investigación

## *DEDICATORIA*

*A mi madre Victoria, por acompañarme siempre durante toda esta etapa de mi vida que acaba de culminar. Gracias mami por ser tú, por estar conmigo en cada fracaso y logro que voy pasando. Gracias por seguir enseñándome a caminar siempre adelante. Contigo aprendo a que cada día es una nueva oportunidad para seguir creciendo como persona, como mujer.*

*Mamita hermosa, este escalón ya lo subimos, ahora vamos a festejar y continuar preparándonos para los demás que vendrán.*

## RESUMEN

**OBJETIVO:** determinar los factores asociados a conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte.

**METODOLOGÍA:** se realizó un estudio analítico, observacional, transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 321 pacientes quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento fue el test de nivel de conocimientos sobre prevención del Cáncer Gástrico y el de Graffar, ambos validados. Para el análisis de los datos se empleó la estadística analítica usando el programa Microsoft Excel 2013 para MS Windows y el software estadístico IBM SPSS versión 23.

**RESULTADOS:** el 62% de la población encuestada obtuvo un nivel de conocimiento medio, 37% fue alto y 1% fue bajo. Los factores asociados estudiados fueron: edad con un OR de 1.42; sexo con un OR de 0.69; grado de instrucción con un OR de 1.51; estado de ocupación con un OR de 0.57 con IC 95% (0.35-0.94), acceso a internet con un OR de 1.79 con IC 95% (1.06-2.99) y estrato socioeconómico con un OR de 2.82 con IC 95% (1.72-4.64) siendo estas tres últimas variables estadísticamente significativas con un valor  $p=0.019$ ,  $p=0.018$  y  $p=0.001$ , respectivamente.

**CONCLUSIONES:** se encontró que existe asociación significativa entre no tener ocupación, no contar con acceso a internet y pertenecer a un estrato socioeconómico IV y V con poseer un nivel de conocimiento medio y bajo. No se encontró relación significativa con el resto de las demás variables estudiadas.

**Palabras claves:** factores asociados, nivel de conocimiento, prevención, cáncer gástrico.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** to determine the factors associated with knowledge about the prevention of gastric cancer in patients seen in the outpatient clinic of Hospital Vitarte.

**METHODOLOGY:** an analytical, observational, transversal and prospective study was carried out. The sample consisted of 321 patients who met the inclusion and exclusion criteria. The data collection technique was the survey and the instrument was the level of knowledge test on the prevention of Gastric Cancer and Graffar, both validated. For the analysis of the data, analytical statistics were used using the Microsoft Excel 2013 program for MS Windows and the statistical software IBM SPSS version 23.

**RESULTS:** 62% of the surveyed population obtained an average level of knowledge, 37% was high and 1% was low. The associated factors studied were: age with an OR of 1.42; sex with an OR of 0.69; grade of instruction with an OR of 1.51; occupancy status with an OR of 0.57 with 95% CI (0.35-0.94), internet access with an OR of 1.79 with 95% CI (1.06-2.99) and socioeconomic stratum with an OR of 2.82 with 95% CI (1.72- 4.64), these last three variables being statistically significant with a value  $p = 0.019$ ,  $p = 0.018$  and  $p = 0.001$ , respectively.

**CONCLUSIONS:** it was found that there is a significant association between not having an occupation, not having Internet access and belonging to a socioeconomic stratum IV and V with a medium and low level of knowledge. No significant relationship was found with the rest of the other variables studied.

**Key words:** associated factors, level of knowledge, prevention, gastric cancer.

## INTRODUCCIÓN

Aunque la incidencia y prevalencia del cáncer gástrico han ido disminuyendo en los últimos años, aún continúa siendo una de las causas de mortalidad más importante alrededor del mundo, sobre todo en países en vía de desarrollo, generando repercusiones en el ámbito social y económico de la persona y su familia. Las tasas de mortalidad más altas durante muchas décadas se registraron en Japón, seguido por el norte de Europa y las poblaciones andinas de América latina.

En nuestro país, su detección es usualmente tardía, ya que sus síntomas suelen confundirse con otras enfermedades muy comunes. Por lo que, es importante que tengamos una cultura de prevención y promoción que logre mediante una intervención oportuna reducir drásticamente y/o evitar los factores de riesgo ya identificados en la literatura, mejorando así la calidad de vida de la población.

A su vez, para la evitar el desarrollo de este tipo de cáncer, se necesita conciencia pública sobre estos factores o evaluación del grado de conocimiento que tienen acerca de cómo prevenirlos, pues como se ha visto, según los pocos estudios realizados, el nivel es bajo. Lo que, nos hace cuestionar el porqué de esos resultados.

Es por ello, que el presente trabajo pretende investigar si existen factores que influyan en tener un nivel de conocimiento alto, medio o bajo sobre la prevención de esta enfermedad

En ese sentido, este estudio de investigación tiene como objetivo determinar los factores asociados a conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico en los pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	4
ABSTRACT .....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN.....	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	4
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
2.2. BASES TEÓRICAS.....	24
2.3. DEFINICIONES DE CONCEPTOS OPERACIONALES .....	45
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	46
3.1 HIPÓTESIS.....	46
3.2. VARIABLES DE ESTUDIO .....	48
CAPITULO IV : METODOLOGÍA .....	51
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	51
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	51
4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	53
4.4. PROCEDIMIENTO PARA LA COLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	53
4.5. INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODO PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE DATOS .....	54
4.6. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS .....	57
4.7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	57
4.8. PROGRAMAS A UTILIZAR PARA ANÁLISIS DE DATOS .....	58
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	59
5.1. RESULTADOS.....	59
5.2. DISCUSIÓN .....	91
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	96
CONCLUSIONES .....	96
RECOMENDACIONES .....	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
ANEXOS.....	104

# **CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN**

Según las Prioridades de Investigación 2015-2021 del Instituto Nacional de Salud, esta investigación se enmarca en el problema nueve de los veinte y uno problemas sanitarios de nuestro país. Asimismo, es una investigación de tipo II, pues sirve para el entendimiento de los determinantes o causas del problema sanitario como los factores ambientales, sociales, comportamiento y biológicos. El presente estudio se llevará a cabo en el hospital Vitarte que es un establecimiento de nivel de atención II-2, ubicado en la Av. Nicolas Ayllon 5880 perteneciente al Distrito de Ate Vitarte de la ciudad de Lima-Este.

## **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Según el informe de GLOBOCAN, en el 2012 se registraron alrededor de 14 millones de nuevos casos diagnosticados con 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer a nivel mundial. En 2015, esta cifra subió a 8,8 millones de fallecimientos, presumiéndose un aumento en su incidencia a 21,6 millones de casos nuevos cada año para el 2030<sup>1</sup>.

Aunque el cáncer ha sido calificado como una enfermedad que afecta mayormente a los países desarrollados, últimamente la tendencia está cambiando y ya más del 60% de los nuevos casos de cáncer en el mundo se producen en África, Asia y América Central y del Sur; aumentando en estas regiones el 70% de las muertes por cáncer. Es por esto que, el cáncer es un problema creciente en estos países en el que se estima un incremento de la incidencia, llegando a acumular el 70% de los nuevos casos en 2030<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que el cáncer gástrico se encuentra dentro de las cinco principales neoplasias más frecuentes en el mundo contemporáneo como causas de defunción a nivel mundial. A su vez, señala que las tasas de mortalidad más altas durante muchas décadas se

registraron en Japón, seguido por el norte de Europa y las poblaciones andinas de América Latina.

También señala que, de los 56 millones de muertes sucedidas en el 2012 a nivel mundial, 38 millones, más de las dos terceras partes se debieron a enfermedades no transmisibles, como el cáncer. Casi 14 millones de esas muertes correspondieron a personas de entre 30 y 70 años, que especialmente provenían de países de recursos medianos y bajos; esas muertes habrían podido evitarse en su mayoría, si los gobiernos hubieran aplicado una serie de acciones sobre todo prevenibles para su desarrollo<sup>2</sup>.

En el Perú, según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), la incidencia anual del cáncer es aproximadamente 150.7 casos por cada 100,000 habitantes, con un promedio de 45,000 nuevos casos, siendo el cáncer gástrico una de las entidades más agresivas y frecuentes, representando a nivel nacional el 11.1% de las causas de mortalidad por cáncer en varones (sólo detrás del cáncer de próstata) y 8.6% en mujeres como 3ra causa de muerte por cáncer. A nivel regional, Pasco, Cusco, Ayacucho, Huancavelica y Huánuco, representan la mayor tasa de mortalidad de esa enfermedad, siendo estas 3 ultimas regiones caracterizadas por contar con una alta proporción de pobreza extrema según FONCODES<sup>3</sup>.

A nivel de Lima metropolitana, el cáncer de estómago representa también un importante problema de salud pública y la causa de muerte más frecuente entre las neoplasias malignas cuando se consideran ambos sexos. En el periodo 2010-2012 ocurrieron 4.821 casos nuevos de cáncer de estómago, con una tasa de incidencia de 17,1 casos por 100.000 habitantes. El cáncer de estómago representó 7,9% de todas las neoplasias malignas, presentándose el 55,4% de los casos en hombres. De otro lado, el cáncer gástrico fue la primera causa de muerte por cáncer en Lima Metropolitana, registrándose 3.437muertos por cáncer de estómago durante ese periodo. correspondiéndole una tasa de mortalidad de 12,1%, siendo 15,1% hombres y 9,7% mujeres, respectivamente. El riesgo acumulado de desarrollar esta enfermedad a los 74

años fue del 2,18% en hombres (de cada 1 46 hombres) y 1,42% en mujeres (1 de cada 70 mujeres)<sup>4</sup>.

A pesar de su importancia, el cáncer gástrico recibe poca atención de las agencias de financiación de la investigación o de las organizaciones de salud pública. Por ejemplo, el Instituto Nacional del Cáncer anualmente gasta aproximadamente \$ 12 millones en programas directamente relacionados con el cáncer gástrico, solo el 0.2% de su presupuesto, y solo el 10% de esta cantidad se destina a la investigación de prevención<sup>9</sup>.

Con respecto a los conocimientos sobre el cáncer, en Latinoamérica, es en general bajo según los pocos estudios realizados con este respecto, como el de Doval, donde encuentra que, en los estudiantes de bachillerato de Bogotá, Colombia; el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo para el cáncer era bajo. Asimismo, en Perú, un estudio realizado en choferes en Lima también encontró un nivel pobre sobre los conocimientos sobre la prevención de cáncer gástrico; de la misma forma con estudiantes de enfermería en Huánuco<sup>10-12</sup>. Esto nos hace inferir que el nivel de conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico en la población de nuestro país es bajo; sin embargo, aún no existen suficientes estudios para poder afirmar este argumento con contundencia. Es por eso que, se hace urgente la investigación de esta pregunta en un contexto hospitalario como el de Ate Vitarte, la cual concentra a una gran población.<sup>11-12</sup>

Por lo que, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores asociados a conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte en el periodo Setiembre-Noviembre del 2017?

### **1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El mal pronóstico de esta enfermedad se asocia a hechos como que en el momento que comienza a dar síntomas como dolor abdominal, indigestión, pérdida de apetito, baja de peso, hemorragias digestivas entre otros, ya el paciente tiene la enfermedad en estado avanzado. Ocho de cada 10 casos de cáncer gástrico son detectados cuando la enfermedad ha comprometido las

capas serosa y muscular del estómago y las posibilidades de acabar con el mal o alargar la vida del paciente son más difíciles.

La mejor manera de disminuir las tasas de mortalidad por cáncer gástrico es ante todo, mejorar el nivel de información de nuestra población adoptando medidas de prevención sobre todo primaria. Para ello necesitamos concretar la participación de profesionales de la salud, el Estado Peruano y la población organizada, quienes deberán entender que, a través de cambios sencillos y continuos en la conducta, es posible influenciar de forma poderosa las posibilidades de mantener una vida saludable.

El cáncer gástrico es una enfermedad potencialmente prevenible. Es por eso que, este estudio de investigación determinará cuales son los factores asociados a conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico en los pacientes atendidos en los consultorios externos del hospital Vitarte, para así poder justamente ayudarlos de una forma más enfocada a prevenir esta enfermedad y también sirva como antecedente para ayudar en futuras investigaciones sobre otras poblaciones.

## **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores asociados a conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte en el periodo Setiembre-Noviembre del 2017.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Describir las características generales de los pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.

- 2) Describir el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en los pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017
- 3) Determinar la asociación entre la edad y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- 4) Determinar la asociación entre el sexo y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- 5) Determinar la asociación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- 6) Determinar la asociación entre tener ocupación y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- 7) Determinar la asociación entre el acceso a internet y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- 8) Determinar la asociación entre el nivel socio económico y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

#### ANTECEDENTES NACIONALES

A nivel nacional se presentan los siguientes antecedentes:

**a. Conocimientos y actitudes sobre prevención del cáncer de estómago en estudiantes de enfermería de la universidad de Huánuco, 2015.**

Tuvo como objetivo establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015. Se realizó un estudio relacional, realizado a 229 estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, durante el año lectivo 2015. Se empleó dos guías de entrevista en la recolección de datos. Resultados: Existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, el cual se determinó mediante la prueba de Chi cuadrado en donde se encontró un valor calculado de ( $\chi^2 = 2,70$ ;  $P < 0,047$ ) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que existe relación entre los conocimientos y las actitudes frente a la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco 2015". En conclusión, existe relación entre los conocimientos y las actitudes de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la universidad de Huánuco en el 2015. Se recomienda realizar programas de promoción y prevención en los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer, ejecutándolos desde las edades más tempranas hasta las edades más adultas con el fin de disminuir las tasas de morbimortalidad que presenta este tipo de enfermedad, asimismo incorporar estrategias de educación para la salud dirigidas a la prevención de la enfermedad a través del control de los principales factores de riesgo modificables, como la realización

de actividad física, el consumo de frutas y verduras, el bajo consumo de bebidas alcohólicas, el no consumo del tabaco, para un mejor estilo de vida.

**b. Factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en pacientes atendidos en el consultorio externo del servicio de gastroenterología del HNHU - 2014.**

Tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados al diagnóstico de cáncer gástrico en pacientes atendidos en el consultorio externo del servicio de Gastroenterología del HNHU durante el año 2014. Materiales y método: Se realizó un estudio de casos y controles. Un total de 84 pacientes con el diagnóstico de cáncer gástrico fueron comparados con 84 controles. Los datos fueron obtenidos a partir de historias clínicas mediante fichas de recolección de datos previamente validadas, que contenían los problemas sociodemográficos, clínicos, patológicos y ambientales. Se empleó la prueba de Chi cuadrado para determinar la significancia y el modelo de regresión logística para obtener la razón de posibilidades (OR) y sus intervalos de confianza del 95%. Resultados: Del total de la muestra, se observó que 70 eran varones (41.7%) y 98 eran mujeres (58.3%), la mayoría eran menores de 50 años (52.9%). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de cáncer gástrico y los siguientes factores: el ser varón (OR=5.96; IC95%, 3.01-11.79), tener 50 años o más (OR=3.81; IC95%, 2.01-7.24), el antecedente familiar de cáncer gástrico (OR=9.47; IC95%, 3.14-28.57), la infección por H. Pylori (OR=8; IC95%, 4.01-15.95) y el consumo de tabaco (OR=6.61; IC95%, 3.18-13.73)". Se concluye que el ser varón, tener 50 años o más, tener el antecedente familiar de cáncer gástrico, la infección por H. Pylori y el tabaquismo fueron factores de riesgo asociados al diagnóstico de cáncer gástrico.

**c. Características sociodemográficas, hábitos de consumo alimentario y sustancias nocivas en pobladores con diagnóstico de gastritis y que acuden al centro de salud de Quilmaná – Cañete 2014.**

Tuvo como objetivo caracterizar a la población con gastritis según las variables sociodemográficas, hábitos alimenticios y sustancias nocivas en los pobladores con diagnóstico de gastritis y que acuden al centro de Salud – Quilmaná. Fue

un estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 54 pacientes adultos que presentaron el diagnóstico de gastritis. La técnica que se utilizó fue la entrevista el cual fue sometido al juicio de expertos, alcanzando una validez de 0.044; y la confiabilidad con el coeficiente de Alfa de Cronbach, de 0.73. Según datos socio demográficos el mayor porcentaje 51.9% (28) tienen edades comprendidas entre los 31 a 40 años, el 59.3% (32) son de sexo femenino, el 74.1%, (40) tienen instrucción secundaria, la mayoría son convivientes con un 51.9% (28) y el 55.6%. (30) son procedentes de la sierra. En los hábitos de consumo alimentario se halló que el mayor porcentaje de pacientes 81% (44), consumen comidas chatarras, el 70% (38) no consumen sus alimentos a la hora indicada; el 43% (23) consumen alimentos con perseverantes y un 30% consumen ají. En relación con el consumo de sustancias nocivas se encontró que el 91%(49) consumen tabaco, el 81% (44) consumen alcohol; y el 65% (35) consumen café. Se concluye que, las personas más afectadas por la gastritis son los de 31 a 40 años, siendo la mayoría de sexo femenino, con instrucción secundaria, cohabitantes de la sierra; dentro de los hábitos alimentarios la mayoría consume comida chatarra, no comen su comida a la hora señalada y tienen la costumbre de consumir sustancias nocivas como el alcohol y el tabaco”.

**d. Uso del internet y su influencia en los conocimientos y actitudes sobre el embarazo, en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014.**

Tuvo como objetivo determinar cómo influye la navegación por la web en las actitudes y conocimientos en las gestantes atendidas en el INMP, sobre su embarazo, durante el año 2014. Se realizó un estudio transversal, en el que fueron parte 290 pacientes en total, quienes acudieron a consulta externa, llegando finalmente a 2 grupos para comparar: Grupo a estudiar (145 gestantes que utiliza internet) y grupo a comparar (145 gestantes que no utiliza internet). Se obtuvo como resultados, de la población estudiada, el 13.8% cuenta con acceso a internet desde su casa y el 86.2% acude extramuralmente a solicitar servicio de internet. Las razones por la cual consultan a la web, es

complementación de consejería dada por el personal de salud (68.9%) y curiosidad (38.6%). Es de mayor interés para las gestantes averiguar sobre el desarrollo fetal (73.1%) y nutrición (56.6%). Principalmente, obtienen información de blogs y foros femeninos (67.6%) y el 24.8% en Facebook. Se concluye que las gestantes con conocimiento “alto” utilizan internet (44.8%) en comparación a las gestantes que no utilizan (9.7%). Se evidencia, además, que existe relación entre el nivel de conocimiento “Alto” sobre los cuidados generales durante el embarazo y el no uso de internet ( $p < 0.001$ ), asimismo existe relación entre el nivel de conocimiento “Medio” sobre la alimentación durante el embarazo y el uso de internet ( $p < 0.001$ ). Asimismo, se observa que existe relación entre el conocimiento “Medio” sobre sexualidad durante el embarazo con el uso de internet ( $p < 0.001$ ). En cuanto a las actitudes, se observa que hay relación entre actitudes favorables en la gestación y el uso o no de internet ( $p = 0.002$ ). Finalmente, se evidencia relación entre la navegación de internet si influye en el conocimiento ( $p < 0.001$ ) y las actitudes ( $p = 0.002$ ) sobre el embarazo, en las gestantes atendidas en el INMP durante el 2014.

**e. Nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención de parasitosis por las madres que acuden al puesto de salud “las flores”, Santiago de Surco, lima-2013.**

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento de las medidas de prevención sobre parasitosis en las madres que acuden al Puesto de Salud “Las Flores” de Santiago de Surco, Lima. Metodología: se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal que incluyó a 100 madres de familia que reciben atención de manera regular en el Puesto de Salud “Las Flores” del Distrito de Santiago de Surco (Lima-Perú). Se consignó la edad, el lugar de nacimiento, el grado de instrucción, la ocupación y el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención de parasitosis de las madres de familia. Resultados: 40% de las madres tuvo un nivel de conocimiento bueno, 38% un nivel de conocimiento regular, 12% un nivel de conocimiento malo y 10% un nivel de conocimiento muy bueno. Ninguna tuvo un nivel de conocimiento muy malo”. Concluyeron que, en la población en estudio, la mitad de las madres de Familia presentaron un nivel de conocimiento insuficiente del tema. Existió

asociación estadística significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento de las madres de familia.

**f. Tratamiento quirúrgico y análisis de sobrevida del cáncer gástrico avanzado- Lima, 2013**

Tuvo como objetivo determinar las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas y analizar si el tratamiento quirúrgico influyó en la sobrevida global de pacientes con cáncer gástrico avanzado en el Hospital Santa Rosa. El estudio fue de tipo retrospectivo, observacional, transversal y analítico. Se realizó en el Departamento de Oncología del referido hospital. Se estudió 105 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico avanzado y se analizó la morbimortalidad postoperatoria, tipo de gastrectomía, entre otros. En el periodo de estudio se confirmaron por histopatología 95 casos de adenocarcinoma gástrico. El sexo masculino fue el más frecuente, con una relación de 1,54 a 1 con respecto al sexo femenino. La edad de presentación más frecuente se encuentra entre la quinta y séptima décadas de la vida. El estadio clínico avanzado ha sido la forma de presentación más frecuente de los pacientes (95,2%), mientras que el precoz ha sido raro (4,8%). La cirugía más frecuente fue la gastrectomía subtotal distal (66%) y la gastrectomía total (26,42%). La disección realizada fue la D2 (73,58%). La tasa de mortalidad fue 6,7% y de morbilidad 26,7%. Se concluye que, el cáncer gástrico se diagnostica en etapas tardías y el tratamiento quirúrgico con una adecuada disección ganglionar de tipo D2 juega un rol fundamental en la sobrevida. Incluso en casos avanzados, la morbimortalidad postoperatoria es aceptable para la experiencia en un hospital general de tercer nivel. Es necesario realizar programas de tamizaje para detectar la enfermedad en etapas más tempranas.

**g. Complicaciones de la gastrectomía por cáncer gástrico Hospital Nacional Alberto sabogal Sologuren 2010 – 2012**

Tuvo como objetivo describir las complicaciones de la gastrectomía por cáncer gástrico en el Departamento de Cirugía General del hospital referido. Se diseñó un estudio descriptivo transversal, la población estuvo constituida por todos los adultos mayores de 20 años de ambos sexos sometidos a gastrectomía total o subtotal por cáncer gástrico en el lapso anteriormente descrito. Se encontró

que dentro de un total de 119 pacientes gastrectomizados (100%) en los tres últimos años, 18 pacientes (18%) presento complicaciones; el grupo etario predominante fue el de > 66 años (60.5%), con predominio del género masculino (66.4%). La complicación que se observó con mayor frecuencia fue la fistula pancreática (34.6%). El grupo etario menores de 45 años las complicaciones más frecuentes fue la neumonía. Por otra parte, en el grupo etario comprendido entre 56 y 65 años las complicaciones más frecuentes fueron fistula pancreática y hematomas de pared; mientras que en los mayores de 66 años tuvieron el mayor porcentaje de complicaciones entre las que destacan neumonía intrahospitalaria fistula pancreática y colección intrabdominal. Se concluye que, es preciso que se mantenga un registro continuo de las complicaciones a fin de identificarlas, tenerlas en cuenta y prevenir su aparición.

#### **h. Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en usuarios del c.s. primavera en el distrito El Agustino, 2010.**

Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre prevención primaria y secundaria del cáncer de estómago; con el propósito de brindar información actualizada a la institución de salud acerca del nivel de conocimientos de cáncer de estómago y las prácticas de prevención que tienen los usuarios del Centro de Salud Primavera, a fin de motivar e incentivar a desarrollar estrategias en actividades preventivo-promocionales que logren concienciar a la familia y comunidad, para que adopten practicas saludables en la prevención del cáncer de estómago, contribuyendo a disminuir la morbimortalidad por esta afección. Fue un estudio de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, descriptivo, transversal. Tuvo una muestra de 72 usuarios, que acudieron a los consultorios de medicina, durante el mes de diciembre del 2010". La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los hallazgos más significativos fue que la mayoría de los usuarios tienen un nivel de conocimientos medio respecto a prevención. En cuanto a la dimensión de prevención primaria el nivel de conocimientos fue medio; en las subdimensiones: factor medioambiental fue de nivel medio, en el factor biológico fue de nivel medio y en el factor genético-personal fue de nivel bajo.

En cuanto a la otra dimensión prevención secundaria el nivel de conocimientos fue medio. Se sugiere promover a que los centros de salud desarrollen programas preventivos promocionales que incluyan la difusión de información acerca de cáncer de estómago y su prevención.

**i. Cáncer gástrico en un hospital general: Hospital Santa Rosa. Revista de gastroenterología del Perú, lima, 2009.**

Tuvo como objetivo determinar la frecuencia de cáncer gástrico y sus características clínico-patológicas, estadios clínicos, tratamiento quirúrgico, morbimortalidad y sobrevida en un hospital general. Fue un estudio retrospectivo, descriptivo, de 71 pacientes consecutivos diagnosticados con cáncer gástrico en el Hospital Santa Rosa desde el 1 de enero 2005 hasta el 31 de enero 2008. Se vio que, en el periodo de estudio se confirmaron por histopatología 71 casos de adenocarcinoma gástrico. El sexo masculino es el más frecuente, con una relación de 1,54 a 1 con respecto al sexo femenino. La edad de presentación más frecuente se encuentra entre la 5ta y 7ma década de vida. Los tumores distales (81,7%) son cuatro veces más frecuentes que los proximales (18,3%). El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma en células de anillo de sello (40,8%). El grado de diferenciación más frecuente fue el Indiferenciado (42,3%). El 62% (n=44) ingresó a sala de operaciones. La tasa de resecabilidad fue de 68% (n=30). El estadio clínico avanzado ha sido la forma de presentación más frecuente de los pacientes (97,2%), mientras que el estadio precoz ha sido raro (2,8%). La cirugía más frecuente fue la gastrectomía subtotal distal (73,3%) y gastrectomía total (26,7%). La disección realizada fue la D2 (73,3%). La tasa de mortalidad fue 6,7% y morbilidad de 26,7%. La sobrevida fue mejor en los pacientes que tuvieron resección frente a los que sólo se les realizó biopsia o fueron irresecables, evidenciando significancia estadística". Se concluye que, el cáncer gástrico se diagnóstica en etapa tardía y el tratamiento quirúrgico juega un rol fundamental e incluso en casos avanzados, la morbimortalidad es aceptable para la experiencia inicial en un Hospital general de tercer nivel. Es necesario realizar programas de tamizaje para detectar la enfermedad en etapas más tempranas.

## ANTECEDENTES INTERNACIONALES

A nivel internacional se presentan los siguientes antecedentes:

**a. Factores que afectan el conocimiento y la práctica del uso de medicamentos entre el público en general en el estado de Penang, Malasia, 2017.**

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento y la práctica del uso de medicamentos entre el público en general y los factores que afectan la práctica del uso seguro de los medicamentos. Para esto, se realizó una encuesta transversal en público utilizando una técnica de muestreo de conveniencia para reclutar la muestra requerida en el hogar. Se utilizó un cuestionario autoadministrado para la recopilación de datos. Un total de 888 cuestionarios fueron completados y devueltos a los investigadores. Los datos se codificaron y analizaron mediante estadísticas descriptivas e inferenciales para encontrar las diferencias entre los factores con un nivel de confianza del 95%, y un valor  $P < 0,05$  se consideró significativo. Se indicó que los encuestados tienen un conocimiento limitado sobre algunos aspectos del uso de medicamentos (media  $\pm$  DE =  $6.45 \pm 2.43$ ). Además, hubo prácticas inadecuadas de uso de medicamentos en términos de tomar menos de la dosis recomendada, compartir medicamentos con otros, reutilizar recetas antiguas, suspender el uso de medicamentos recetados y no informar a un médico sobre otros medicamentos utilizados (media  $\pm$  DE =  $35,15 \pm 8,31$ ). Los encuestados con una mayor puntuación de conocimiento tenían más probabilidades de utilizar los medicamentos de forma adecuada (OR = 1.26, IC 95% 1.17-1.35,  $P < 0.001$ ). Por lo tanto, existe una falta de conocimiento sobre el uso de medicamentos entre el público en general, y este problema se asoció con prácticas inadecuadas de uso de medicamentos. Además, el buen conocimiento sobre el uso de medicamentos se asoció significativamente con un aumento de la edad, las mujeres, el nivel de educación superior, los ingresos mensuales más altos y los encuestados que sufren enfermedades crónicas.

**b. Edad y nivel educativo asociados al conocimiento sobre signos de alarma para infecciones respiratorias en madres adolescentes, Cartagena-Colombia, 2017.**

El objetivo de esta investigación fue estimar la relación entre la edad y el nivel educativo al conocimiento sobre signos de alarma de IRA, en madres adolescentes. Metodología: se realizó un estudio transversal, con una muestra aleatoria de 120 madres adolescentes adscritas a una fundación privada de la ciudad de Cartagena, a quienes se aplicó el cuestionario de Prácticas Claves sobre IRA propuesto por la Organización Panamericana de la Salud. Resultados: El promedio de edad de las participantes fue  $17 \pm 1.3$  años. Se encontró que ser mayor de 17 años aumenta la probabilidad de reconocer por lo menos tres signos alarma [OR: 2.8 (IC 95%: 1.3 - 6.1)]. Asimismo, las adolescentes con un mayor nivel de escolaridad tienen más probabilidad de reconocer tres signos de alarma para la enfermedad [OR: 3.2 (IC 95%: 1.5 - 6.9)], que aquellas con menor nivel educativo. Tuvo como conclusión que determinantes personales como una mayor edad y escolaridad impactan de forma positiva en los conocimientos de las madres sobre los signos de alarma de IRA. Además, es importante el fortalecimiento de los programas de educación en salud para el cuidado de los niños entre esta población”.

**c. Prevalencia de los factores de riesgo para cáncer gástrico en universitarios. Universidad de Francisco de Paula Santander. Colombia, 2014.**

Tuvo como objetivo estimar la prevalencia de los factores de riesgo para cáncer gástrico presentes en los estudiantes de una universidad pública en Cúcuta, Norte de Santander desde marzo de 2012 a julio de 2013. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo de corte trasversal, se obtuvo la información a través de un cuestionario diseñado por los investigadores autoadministrado por los estudiantes matriculados en pregrado. La población estuvo conformada por 15.843 universitarios, con una muestra de 637 estudiantes. Se encontró predominancia en el género femenino, con rango de edades de 16 a 20 años y estrato socioeconómico 2. En los factores endógenos se halló prevalencia para herencia familiar de cáncer con un 36% y gastritis como sensación de ardor y

dolor constante en la boca del estómago, acompañado de náuseas con 47%; la infección por *Helicobacter Pylori* soportada por medios diagnósticos, se presentó en menor porcentaje con el 2%. En cuanto a los factores exógenos, se identificaron como prevalentes el sedentarismo con 63,10%, hábitos alimentarios no saludables con 58%, el estrés con 57%, hábitos farmacológicos inadecuados con 49% y consumo de alcohol con un 29,2%. Los factores Índice de masa corporal (obesidad) y consumo de tabaco presentan una menor prevalencia con 6% y 16%, respectivamente. Se concluye que predominan los factores de riesgo exógenos, que son modificables y prevenibles para aquellos que aún no los tienen, de ahí la importancia de intervenirlos a tiempo, contribuyendo en la formación integral del joven.

**d. Cáncer gástrico: epidemiología descriptiva, factores de riesgo, detección y prevención. EE. UU., 2014.**

Hace menos de un siglo, el cáncer gástrico (GC) era el cáncer más común en los Estados Unidos y tal vez en todo el mundo. A pesar de su disminución en todo el mundo en incidencia durante el siglo pasado, GC sigue siendo un gran asesino en todo el mundo. Este artículo revisa la epidemiología, el cribado y la prevención del cáncer gástrico. También se discute la epidemiología descriptiva de GC, incluida su incidencia, supervivencia y mortalidad, incluidas las tendencias a lo largo del tiempo. A continuación, caracterizamos los factores de riesgo del cáncer gástrico, tanto ambiental como genético. Se revisan los marcadores serológicos y las lesiones precursoras histológicas de la GC y la detección precoz de GC del uso de estos marcadores. Finalmente, se discute sobre las estrategias de prevención y se brinda sugerencias para futuras investigaciones.

**e. Patrones globales de cáncer: causas y prevención. Francia, 2014.**

El cáncer es un problema global y creciente, pero no uniforme. Una proporción cada vez mayor de la carga recae en los países de ingresos bajos y medianos debido no solo al cambio demográfico sino también a una transición en los factores de riesgo, donde las consecuencias de la globalización de las economías y los comportamientos aumentan la carga existente de cánceres de

origen infeccioso en este artículo se argumenta que la prevención primaria es una forma particularmente efectiva de combatir el cáncer, con entre un tercio y la mitad de los cánceres prevenibles sobre la base del conocimiento actual de los factores de riesgo. Mencionan que la prevención primaria tiene varias ventajas: la efectividad podría tener beneficios para las personas que no sean las directamente identificadas, evitar la exposición a agentes carcinogénicos es probable que prevenga otras enfermedades no transmisibles, y la causa podría eliminarse o reducirse a largo plazo, por ejemplo, a través de medidas regulatorias contra exposiciones ocupacionales o ambientales (es decir, el esfuerzo preventivo no necesita ser renovado con cada generación, lo cual es especialmente importante cuando los recursos son escasos). Concluyen que la prevención primaria debe tener prioridad como parte integral del control global del cáncer.

**f. Incidencia y perfil clínico de cáncer gástrico en pacientes atendidos en el área de gastroenterología en el hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón de Guayaquil en el periodo de enero 2012 a diciembre 2014.**

Tuvo como objetivo determinar la incidencia y perfil clínico de cáncer gástrico en pacientes atendidos en el área de gastroenterología de este hospital. Se trató de un estudio descriptivo, correlacional, longitudinal, retrospectivo, representada con una muestra de 112 casos con diagnóstico de cáncer gástrico, de estos pacientes, se toma una muestra de 87 pacientes en edades entre 20 a 87 años, durante los años 2012 al 2014 en el Hospital Abel Gilbert Pontón, la recolección de datos fue por revisión de historias clínicas. Se halló que el grupo de edad más afectado por el cáncer gástrico correspondió a los pacientes entre 61 y 70 años. Hubo un ligero predominio del sexo femenino sobre el masculino, con 45 casos que corresponden al 51,7% de la muestra. Dentro de los factores de riesgo establecidos para el cáncer gástrico el hábito de fumar ocupa el primer lugar el 25% de los casos, seguido de la ingesta de alcohol con el 22,7%. Haciendo una referencia que el riesgo se aumentado en el consumo de ambos con el 52,3% de los casos. Las manifestaciones clínicas más relevantes fueron: el dolor abdominal en el 26% de los casos, seguido de

vómitos en un 18%, anemia en un 65% y seguido de la pérdida de peso con 62% de los casos. Concluyen que, el cáncer Gástrico representa el 12% de todos los canceres, con una prevalencia de 29 casos por mil, según “Cáncer Incidence in Five Continent” se presenta con más frecuencia entre el séptimo y octavo decenio de la vida. Entre los síntomas más comunes de consulta encontramos dolor epigástrico, pérdida de peso, sensación de plenitud y vómitos, siendo además la anemia ferropénica un signo frecuente encontrado en estos pacientes.

#### **g. Factores alimentarios y nutricionales asociados al cáncer gástrico y presencia de helicobacter pylori a nivel mundial, 2013**

Tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo alimentarios y nutricionales relacionados con el desarrollo del cáncer gástrico y la infección por *Helicobacter pylori* a nivel internacional, entre los años 1995 a 2013. Para esto se realizó una revisión narrativa por búsqueda de estudios en bases de datos indexadas como ISI Web of Knowledge, Scopus, Medline, Pubmed, Ebsco Host, Plus, ProQuest, Science Direct y Scielo. Luego de la revisión bibliográfica, se seleccionaron 22 estudios de los cuales se encontraron casos y controles: 11, meta análisis: 1, cohorte: 3, transversales: 1 y ecológico: 1, Revisiones literarias: 4 y Revisiones sistemáticas:1. En cuanto a los resultados obtenidos, la revisión bibliográfica identificó como principales factores de riesgos alimentarios y nutricionales a las carnes procesadas, lácteos, bajo consumo de frutas y verduras, alimentos con altos aportes de sodio y consumo de harinas procesadas. Adicionalmente se encontró que no solo los alimentos, sino las prácticas y patrones alimentarios propios de cada región son los que condicionan los factores de riesgo para desencadenar cáncer gástrico y promover una mayor propagación en la infección de *Helicobacter pylori*, donde la cepa Cag A es el factor más virulento que puede desencadenar cáncer gástrico. Finalmente se concluyó que el tipo de dieta y los hábitos alimentarios son un factor de riesgo modificable para la prevención de cáncer gástrico y para la infección generada por *Helicobacter pylori*. Es importante que se reconozca a nivel Nacional dentro del manejo del paciente con cáncer gástrico o afecciones gastrointestinales, la dieta como factor indispensable para la

prevención y se den las recomendaciones adecuadas y oportunamente a la aparición de esta enfermedad.

#### **h. Avances en la prevención del cáncer gástrico. EE. UU., 2012.**

El cáncer gástrico es una patología neoplásica multifactorial que enumera entre sus causas factores predisponentes tanto ambientales como genéticos. Se difunde principalmente en América del Sur y el sudeste de Asia, donde muestra los porcentajes de morbilidad más altos y es relativamente escasamente difundido en los países occidentales y América del Norte. Aunque los mecanismos moleculares que conducen al desarrollo del cáncer gástrico son solo parcialmente conocidos, tres causas principales están bien caracterizadas: infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), dieta rica en alimentos salados y / o ahumados y carnes rojas, y cadherina epitelial (E-cadherina) mutaciones. La dieta poco saludable y la infección por *H. pylori* pueden inducir en las células de cáncer de estómago una transformación genotípica y fenotípica, pero sus efectos pueden cruzarse con una dieta rica en vegetales y frutas frescas. Varios autores recientemente han centrado su atención en la importancia de una dieta bien equilibrada, lo que sugiere una educación dietética necesaria desde la infancia. Aquí se resume los puntos clave de la prevención del cáncer gástrico analizando posibles estrategias referidas a los diferentes factores predisponentes. Se discute sobre los efectos de la dieta, la infección por *H. pylori* y las mutaciones de E-cadherina y cómo cada uno de ellos se puede manejar.

#### **i. Factores de riesgo de cáncer gástrico en pacientes diagnosticados en el departamento de patología del “Hospital San Juan de Dios, de Estelí, durante Enero de 2010 a Agosto de 2012**

Tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo de cáncer gástrico en pacientes diagnosticados en el Departamento de Patología del “Hospital San Juan de Dios, de Estelí, durante Enero del 2010 a Agosto del 2012. Fue un estudio de casos y controles. La muestra fue de 37 casos y 107 controles. La fuente de información fue secundaria a través de los archivos de patología y/o expedientes clínicos. Se usó el software SPSS versión 18.0. Se utilizaron

medidas descriptivas, de asociación mediante OR y de impacto. La mayoría de los casos se presentaron en pacientes de mayor edad, hombres y rurales, contrario a los controles, pero ambos la mayoría tenía baja escolaridad, eran mestizos con ocupación ama de casa y agricultores. Se concluye que, los factores de riesgo de cáncer gástrico fueron el pobre consumo de frutas y verduras, la procedencia rural y la edad de 65 años o más, y el porcentaje de riesgo atribuible fue de 94%, 79% y 72%, respectivamente. Los controles de este estudio constituyen un grupo de alto riesgo para desarrollar carcinoma gástrico si no se toman las medidas oportunas de detección y control. Se sugiere promover el consumo de frutas, verduras y vegetales frescos, así como evitar alimentos ahumados y procesados. Realizar un seguimiento cuidadoso en la consulta externa de los controles estudiados para detectar precozmente el riesgo de presentar cáncer de estómago.

**j. Caracterización del cáncer gástrico en pacientes del municipio caimito. Centro nacional de toxicología. La habana. Cuba, 2012**

Tuvo como objetivo caracterizar a los pacientes con cáncer gástrico y precisar su evolución con el tratamiento indicado. Se realizó un estudio observacional, descriptivo de 50 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el municipio Caimito durante 15 años. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, antecedentes patológicos personales de enfermedad gástrica, antecedentes familiares, laborales, nutricionales y de exposición a tóxicos y evolución según tratamiento indicado. De acuerdo a los resultados, el mayor número de pacientes diagnosticados y fallecidos corresponden a los consejos populares Caimito y Costa Norte. Hubo 32 pacientes del sexo masculino y 18 del femenino. Se mantuvieron vivos al final del estudio cinco de los 20 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico, dos de los nueve tratados con cirugía más poliquimioterapia y uno de los tres tratados con radioterapia más cirugía. El 46 % de los pacientes tuvo antecedentes de gastritis, el 22 % de úlcera y el 60 % historia familiar de tumores digestivos o no. Se concluye que, los pacientes afectados fueron fundamentalmente los ancianos del sexo masculino, con antecedentes personales de enfermedad gástrica, exposición a tóxicos y antecedentes familiares de enfermedad tumoral digestiva o

extradigestiva. Tuvieron mejor pronóstico los que recibieron tratamiento quirúrgico solo o combinado.

**k. Cáncer gástrico en Colombia entre 2000 y 2009. Universidad del Rosario – Bogotá, 2012.**

Tuvo como objetivo describir el comportamiento de las tasas de mortalidad por cáncer gástrico en Colombia en los períodos comprendidos entre los años 2000 y 2009, comparando la tendencia nacional y por departamentos, de acuerdo al proceso metodológico el estudio fue observacional descriptivo, de registros de defunción del DANE, Colombia 2000 a 2009. Se analizaron tasas anuales crudas y por grupos de edad, género, procedencia geográfica, estado civil, nivel educativo y área de residencia habitual estableciendo diferencias estadísticas entre las variables y sus categorías. Como resultado, se registraron 43759 defunciones por cáncer gástrico, con mayor frecuencia en hombres 1,5:1. Las tasas de mortalidad por cáncer gástrico ajustadas por grupos etáreos aumentan después de la quinta década de la vida. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los años estudiados y el departamento de residencia habitual del fallecido presentando Cauca (18,11- 19) y Boyacá (14,54-1742) las tasas más altas por 100.000 habitantes. Las tasas más altas se concentran en la zona de la Cordillera de los Andes, al estandarizar por grupos etáreos el Cauca tiene una tasa de 114,98 casos por 100.000 habitantes. Se concluye que, el cáncer gástrico es la neoplasia que causa mas defunciones por lo cual es necesario diseñar e implementar programas de detección precoz que vayan dirigidos al control de la mortalidad.

**l. Factores de riesgo asociados a cáncer gástrico en pacientes diagnosticados desde 2000 al 2010 en el instituto del cáncer, Solca – Cuenca.**

Tuvo como objetivo determinar las características del carcinoma gástrico e identificar factores relacionados en una población de pacientes diagnosticados y tratados durante más de diez años en el Instituto del Cáncer, Solca-Cuenca. Mediante un diseño descriptivo se recopiló información de 600 historias clínicas

pertenecientes a igual número de pacientes cuyo diagnóstico fue confirmado con histología. Resultados. La edad promedio fue de  $50,6 \pm 10,7$  años (23 – 83). El cáncer fue más frecuente sobre la quinta década. El 42,5% del grupo tuvo 50 a 64 años. Los varones fueron los más afectados (61%). Hubo gastritis crónica atrófica 50,5% y gastritis en el 41,2%. El helicobacter pylori se encontró en el 65,7%. El 29,7% y el 29,5%, de los pacientes tuvo alcoholismo y tabaquismo. Antecedentes hereditarios se encontraron en el 40,7% de los pacientes (n = 244). De éstos, el antecedente de la enfermedad en los padres fue significativamente mayor (P = 0,012) y se encontró en uno de cada siete pacientes (16,3%). Se concluye que, los resultados encontrados en este estudio son similares a los reportados en la literatura especializada. El papel del helicobacter pylori y la herencia tienen un papel determinante cada vez mayor en la génesis del carcinoma gástrico.

#### **m. Factores asociados al desarrollo de cáncer gástrico en pacientes del CECan. México, 2009**

Tuvo como objetivo Identificar los factores asociados con el desarrollo de cáncer gástrico en los pacientes atendidos en el CECan, en el proceso metodológico fue estudio casos y controles. Se diseñó y validó el Cuestionario para Búsqueda de Factores Asociados a Enfermedades del Tubo Digestivo (CUFA-TD) el cual se aplicó a 35 pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer gástrico y 80 donadores del banco de sangre, ambos grupos del Centro Estatal de Cancerología. La técnica de zimografía para el análisis de la actividad de metaloproteasas se estandarizó, empleando la saliva de 22 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico y 22 de voluntarios sanos. Resultados: El 97.1% de los casos fueron adenocarcinomas gástricos con, una razón mujer hombre de 1.19:1. Algunos factores asociados encontrados fueron: escolaridad de primaria o menor (OR=11.85, p= 0.001), omisión del desayuno (OR=5.58, p=0.004), sexo femenino (OR= 5.57, p= 0.007) y no emplear refrigerador (OR=3.77, p=0.27). Se estandarizó la técnica de zimografía para el análisis de la actividad de metaloproteasas en saliva. Este estudio concluye que, que el desarrollo de cáncer gástrico puede estar relacionado a factores

como escolaridad de primaria o menor, pertenecer al sexo femenino y no emplear refrigerador; estos datos se obtuvieron a través del CUFA-TD.

#### **n. Sobrevida de pacientes con cáncer gástrico atendidos en el hospital regional de la ciudad de punta arenas, Chile.**

Tuvo como objetivo analizar las características de presentación y el pronóstico de pacientes con cáncer gástrico en el referido hospital. metodológicamente la investigación corresponde fue un estudio longitudinal retrospectivo de sobrevida de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional de Punta Arenas, en el quinquenio se confirmaron 96 casos; 77.1% fueron hombres y 22.9% mujeres, con promedio de edad de 66 y 67 años en hombres y mujeres respectivamente. Hallaron los siguientes resultados, la baja de peso y la epigastralgia fueron la causa más frecuente de consulta. El 88.5% fueron avanzados, 6.3% intermedios y 5.2% incipientes; observándose lesiones Borrmann IV en el 56.3%. El tumor se localizó en dos tercios o más del estómago en el 35.4% de los pacientes. El 59.4% de los casos con histología, fueron de tipo intestinal (Lauren) y 27.1% de tipo difuso. Los pacientes que no tenían metástasis ganglionares alcanzaron una sobrevida de 65% a 5 años. En cambio, aquellos pacientes que tenían metástasis linfonodales alcanzaron una sobrevida de sólo 7%. Ningún paciente con metástasis a distancia sobrevivió 5 años y el 33% de aquellos que no tenían metástasis sobrevivió 5 años. En etapa I de la enfermedad la sobrevida fue 87.5%; 50% en etapa II; 37.5% en etapa III y 1.4% en etapa IV. Los de tercio inferior y medio tuvieron mejor sobrevida (24%) que los de tercio superior (10%) y dos tercios o más (3%). Los con histología intestinal hubo un 19% vivos a 5 años y de los difusos un 4%. Mejor sobrevida tuvieron aquellos con cirugía curativa (48%), los con cirugía paliativa 18 meses fue el tiempo máximo de sobrevida y 12 meses para los laparotomizados. No hubo diferencias respecto a tipo de gastrectomía.. Se concluye que, es una enfermedad en que los síntomas se presentan en la mayoría de los casos en etapas avanzadas, la consulta precoz no incide en la sobrevida del paciente. Esto demuestra que nuestros esfuerzos deben ir dirigidos hacia la búsqueda de grupos de riesgo, priorizando estudio endoscópico en pacientes sintomáticos

digestivos leves, mayores de 40 años y de sexo masculino, en el contexto de un control médico periódico.

**o. El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. México.**

Tuvo como objetivo describir el estrato socioeconómico (ajustado por variables psicosociales, situacionales y demográficas) como un factor predictor del uso consistente del condón, en adolescentes. En su metodología incluyó una muestra de una encuesta previa aplicada a 1.410 adolescentes de 15 a 19 años y estratificada por edad, género y estrato socioeconómico de Guadalajara, México. El análisis fue aplicado sobre los 251 adolescentes que reportaron actividad sexual. El análisis estadístico se realizó mediante Ji Cuadrada, t-test, ANOVA y regresión logística. Resultados La frecuencia de uso consistente de condón fue 30,7% y hubo una prevalencia de uso irregular. El estrato socioeconómico alto fue el principal predictor (OR= 11,1, CI95%= 2,6-47,6). Otros predictores significativos fueron el género masculino, el soporte de los pares y el nivel alto de conocimientos sobre VIH/SIDA. Concluyó que el estrato socioeconómico es un importante factor predictor del uso consistente del condón.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **MARCO TEÓRICO**

#### ***Teoría del conocimiento.***

Según Reinhold E., la teoría del conocimiento es una introducción a los problemas que el conocimiento plantea, es un hecho del cual no podemos dudar, de lo que podemos dudar es del valor del conocimiento. Los diferentes puntos de vista y las varias soluciones propuestas, se recogen en él con precisión, fidelidad y seguridad para poder ver en ella enraizados todos los problemas que suscita el proceso cognoscitivo y poder escoger la teoría más adecuada, de modo que las soluciones a dichos problemas sean modelos de la teoría con lo que dispondrá de una noción previa y orientadora de la actitud que aspira a comprender en sus detalles y desarrollos, y al mismo tiempo podrá tener presentes, para el contraste y la crítica, las restantes actitudes

posibles sobre los mismos problemas. El estudio de los conocimientos profundiza y fundamenta filosóficamente el saber humano. Hemos visto que el conocimiento humano no se limita al mundo fenoménico, sino que avanza más allá, hasta la esfera metafísica, para llegar a una visión filosófica del universo. Pero también la fe religiosa da una interpretación del sentido del universo. Cabe preguntarse, pues, cómo se relacionan entre sí la religión y la filosofía, la fe religiosa y el conocimiento filosófico, la fe y el saber<sup>17</sup>.

***Definición Conocimiento:***

Conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo<sup>18</sup>.

***Nivel de conocimiento:***

Conocimiento alto: Denominado bueno, porque hay adecuada distribución cognitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada además hay una corrección profunda con las ideas básicas del tema o materia.

Conocimiento medio: Llamado también regular logrado, hay una integración parcial de ideas manifestadas, conceptos básicos y emite otros, eventualmente propone modificaciones para un mejor logro de objetivos y la corrección es esporádica con las ideas de un tema material.

Conocimiento bajo: Considerado como pésimo, porque hay ideas desorganizadas, adecuada distribución cognitiva en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos ni adecuados, cerca del fundamento lógico<sup>18</sup>.

## **DEFINICIONES Y CONTEXTO GENERAL**

El cáncer es un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento autónomo de células “neoplásicas” anormales. El cáncer es resultado de una pérdida de la regulación de la función celular, como proliferación, diferenciación y apoptosis. Sin la restricción apropiada de estos procesos, las células neoplásicas se producen en gran número, invaden estructuras adyacentes y desarrollan colonias metastásicas<sup>19</sup>.

### **i. CÁNCER GÁSTRICO.**

El cáncer gástrico es un tipo de proliferación tisular maligna producido por la proliferación de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos, en particular el esófago y el intestino delgado<sup>20</sup>. En las formas metastásicas, las células tumorales pueden infiltrar los vasos linfáticos de los tejidos, diseminarse a los ganglios linfáticos y sobrepasar esta barrera penetrando en la circulación sanguínea, generando aberturas a cualquier órgano del cuerpo<sup>21</sup>.

El carcinoma gástrico es una enfermedad insidiosa generalmente asintomática hasta una fase avanzada de su curso. Los síntomas incluyen pérdida de peso, dolor abdominal, anorexia, vómito, hábitos intestinales alterados y con menos frecuencia, disfagia, síntomas anémicos y hemorragia<sup>22</sup>.

### **ii. EPIDEMIOLOGIA**

Actualmente, la frecuencia y las tasas de mortalidad por cáncer gástrico han disminuido de manera notable en el transcurso de los últimos 75 años, sin embargo, esta enfermedad se ha posicionado como la cuarta causa más común de muerte relacionada con el cáncer en el mundo y sigue siendo difícil de curar en los países occidentales, principalmente porque la mayoría de los pacientes presentan enfermedad avanzada<sup>44</sup>. El cáncer gástrico es mucho menos común en mujeres en comparativa con los varones y es la 4ta neoplasia más frecuente posterior al cáncer de pulmón, CA de mama y finalmente el colorrectal. Sin embargo, en los últimos 5 años se ha evidenciado un incremento exponencial de la tasa de incidencia en las mujeres. Según

estudios llevados a cabo en el año 2006, en la Ciudad de Lima, evidencian que la letalidad de esta enfermedad continúa siendo la causa más importante de muerte para ambos sexos, en hombres 19,3/100000 y en mujeres 14,2/100000<sup>23</sup>.

El CA de estómago afecta mayormente a la población de adulto y adulto mayor. Al momento del diagnóstico, 69 años es la edad promedio. Aproximadamente de cada 6-10 personas con este diagnóstico tienen 65 años a más. El riesgo promedio de padecer esta neoplasia es de 1 en 111. China es el país con la mayor incidencia de neoplasia gástrica, seguido de Latinoamérica y Este de Europa, en particular países en vías de desarrollo.

En Lima, esta patología ha ido en aumento desde los años 90, alcanzando cifras como 24,3/100000 en varones, y en mujeres 17,6/100000, siendo considerada como área de alto riesgo<sup>23</sup>. Los distritos de esta ciudad cuentan con una mayor incidencia de casos son Puente Piedra y Lince seguidos de Villa El Salvador, El Agustino, Breña, Rímac, entre otros, los cuáles son distritos de un nivel socioeconómico medio bajo; los distritos con menor incidencia cuentan con un nivel socioeconómico alto como San Isidro y Miraflores, entre otros<sup>23</sup>.

A fines de la década de los 30, el cáncer gástrico era la primera causa de mortalidad en EEUU. No se ha podido determinar la razón principal del descenso de casuística, pero se relaciona con uso de refrigeración de alimentos. Esto inició un movimiento de mayor disponibilidad de frutas y vegetales frescos, generando disminución en alimentos salados y ahumados, factor de riesgo asociado a cáncer de estómago. Se especula también que el uso aumentado de antibióticos para atacar infecciones haya tenido un impacto. La bacteria *Helicobacter pylori* (*pylori* H), es sensible a varios medicamentos de última generación, en recientes años<sup>24</sup>.

Según el reporte del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), indica que, en últimos años, existen en promedio 820 casos de cáncer de estómago, con tendencia al incremento (MINSa, Perú).

La mortalidad de neoplasia gástrica aproxima los 800.000 al año a nivel mundial. En el Perú, la mortalidad es de 17 por cada 100 000 habitantes, muy parecido a Japón, país que, a pesar de duplicarnos en incidencia, gracias a su programa de cribado cursa con menor tasa de mortalidad.

### **iii. PATOLOGIA**

El desarrollo del carcinoma gástrico invasivo implica una evolución gradual a través de una cascada de lesiones precancerosas. Se producen cambios histopatológicos secuenciales en la mucosa gástrica que incluyen gastritis atrófica con pérdida de masa de células parietales, metaplasia intestinal y displasia que finalmente conducen a carcinoma. La secuencia de metaplasia / displasia / carcinoma es más relevante para el cáncer gástrico de tipo intestinal que se desarrolla por una serie acumulativa de alteraciones genéticas similares a las del cáncer colorrectal<sup>46</sup>.

### **iv. CLASIFICACIÓN**

La clasificación histológica precisa de los carcinomas gástricos basada exclusivamente en la morfología es difícil debido a la heterogeneidad de estas lesiones, derivada sin duda de un origen policlonal y multifocal de los tumores. La Organización Mundial de la Salud y el sistema de clasificación de Lauren han descrito dos tipos histológicos de cáncer gástrico que son entidades clínica y epidemiológicamente distintas: intestinal y difuso que corresponden a las categorías diferenciado y no diferenciado respectivamente.

1) Los intestinales o bien diferenciados que se caracteriza por la presencia de células neoplásicas cohesivas que forman estructuras tubulares parecidas a glándulas tienen patrón de crecimiento expansivo, que con frecuencia se ulcera y se observa con frecuencia infiltración linfocítica del estroma en la periferia del tumor y alrededor de ella, también se observa una metaplasia intestinal en la mucosa vecina.

Las lesiones de este tipo son más frecuentes en el antro y la curvatura menor del estómago. Surge de lesiones precancerosas como la atrofia gástrica y la metaplasia intestinal, está influenciada por factores ambientales como la infección por *H. pylori*, la obesidad y los factores dietéticos. También, es más común en hombres, personas mayores en regiones de alto riesgo y en afroamericanos, es de tipo epidémico y tiene un mejor pronóstico.

2) los difusos o poco diferenciados. - no existe cohesión celular, por lo que se caracterizan por infiltración y engrosamiento de la pared gástrica sin formar un tumor bien delimitado, no hay infiltración linfocitaria<sup>45</sup>. Este tipo de cáncer se asocia más a menudo con anomalías genéticas.

Los carcinomas difusos son más frecuentes en los pacientes más jóvenes, se forman por todo el estómago, incluido el cardias, provocan pérdida de la elasticidad de la pared gástrica (la denominada linitis plástica o aspecto de “bota de cuero”) y tienen un pronóstico más sombrío. Las neoplasias malignas difusas tienen una adhesión intercelular deficiente, sobre todo por la falta de expresión de E-caderina.

El tipo difuso representa el tipo histológico principal en áreas endémicas, es más frecuente en mujeres y pacientes más jóvenes, y se asocia con el grupo sanguíneo A, lo que indica susceptibilidad genética. También se han identificado carcinomas gástricos mixtos compuestos por componentes intestinales y difusos<sup>46</sup>.

Aunque la frecuencia del carcinoma difuso es similar en numerosas poblaciones, la variedad intestinal tiende a predominar en las regiones geográficas de alto riesgo mencionadas antes y es menos probable en las zonas en las que está disminuyendo la frecuencia de cáncer gástrico. Por tanto, en el origen de estos dos subtipos participan uno o varios factores causales diferentes. En Estados Unidos, 30% de las neoplasias malignas gástricas se origina en la porción distal del estómago. Cerca del 20% de estos

tumores surge en la parte media del estómago, mientras que casi 37% se origina en el tercio proximal. El 13% restante abarca al estómago completo.

#### **v. ETIOLOGIA**

Aunque la etiología del cáncer gástrico es multifactorial, más del 80% de los casos se han atribuido factores de riesgo como la infección por H. pylori. Además, la dieta, el estilo de vida, los factores genéticos, socioeconómicos y de otro tipo contribuyen a la carcinogénesis gástrica.

#### **vi. FACTORES DE RIESGO DE CANCER GÁSTRICO**

La mayoría de los cambios genéticos que conducen al cáncer de estómago ocurren después del nacimiento. Algunos de estos cambios pueden ser causados por factores de riesgo como la infección por H. pylori o el consumo de tabaco. Pero otros cambios genéticos pueden ser simplemente eventos aleatorios que a veces ocurren dentro de las células, sin tener una causa externa

Un factor de riesgo es cualquier cosa que afecte su probabilidad de contraer una enfermedad como el cáncer. Los diferentes cánceres tienen diferentes factores de riesgo. Algunos factores de riesgo, como fumar, pueden cambiarse. Otros, como la edad o el historial familiar de una persona, no se pueden cambiar.

Pero tener un factor de riesgo, o incluso varios factores de riesgo, no significa que contraerá la enfermedad. Y muchas personas que contraen la enfermedad pueden tener pocos o ningún factor de riesgo conocido.

Los científicos han descubierto varios factores de riesgo que hacen que una persona tenga más probabilidades de contraer cáncer de estómago. Algunos de estos pueden controlarse, pero otros no.

Los factores de riesgo asociados a la aparición del cáncer gástrico en diferentes partes del mundo se siguen discutiendo aun y algunos de estos se han ido corroborando a medida que pasa el tiempo, como lo son:

### **El sexo y la edad:**

El cáncer gástrico es más frecuente en hombres que en mujeres con una relación 2:1 y su frecuencia aumenta con la edad, predominando luego de los 50 años<sup>35</sup>.

### **Geografía:**

En todo el mundo, el cáncer de estómago es más común en Japón, China, el sur y el este de Europa y América del Sur y Central. Esta enfermedad es menos común en el norte y el oeste de África, el sur de Asia central y América del Norte.

### **Ambientales:**

Según la Sociedad Americana contra el Cáncer (2012) dentro de los factores ambientales se encuentran los nutricionales y alimentarios como el consumo de alimentos salados, ahumados, picantes y aquellos que contiene nitrosaminas. La acción mutagénica de aquellos alimentos se ejerce a través de la transformación de los nitratos en nitritos y de estos en nitrosaminas, las cuales son potencialmente carcinógenas. Estas sustancias causan daño a la mucosa gástrica conduciendo a una gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal que progresa a displasia y posteriormente a carcinoma. Por lo que, estos compuestos aromáticos o policíclicos se consideran potencialmente carcinógenos; se debe mencionar que la falta de refrigeración tiene que ver con procesos de fermentación que promueven a la formación de dichos compuestos; lo que explica el por qué en países desarrollados donde se conservan mejor los alimentos refrigerados existe mayor declive de los casos de cáncer gástrico<sup>36</sup>. Además, el consumo de frutas y verduras genera una incidencia de cáncer gástrico menor en poblaciones con alta ingesta de antioxidantes, beta carotenos y ácido ascórbico<sup>37</sup>.

**Otros factores:**

La ingesta de alcohol, un irritante gástrico es un factor de riesgo importante para el cáncer gástrico. bebidas calientes, y consumo de tabaco. Este último, fumar aumenta el riesgo de cáncer de estómago, en particular para los cánceres de la porción superior del estómago cerca del esófago. La tasa de cáncer de estómago es aproximadamente el doble en fumadores<sup>36</sup>. Se sabe que fumar disminuye las prostaglandinas que mantienen la integridad de la mucosa gástrica. El humo de tabaco induce el desarrollo de lesiones gástricas precursoras, como gastritis, ulceración y metaplasia intestinal

**Infección por Helicobacter pylori:**

La infección con la bacteria Helicobacter pylori (H pylori) parece ser una causa importante de cáncer de estómago, especialmente cánceres en la parte inferior (distal) del estómago. La infección a largo plazo del estómago con este germen puede provocar inflamación llamada gastritis crónica atrófica multifocal, asociada a hiperclorhidria favoreciendo el sobre crecimiento bacteriano y aumentando la cantidad de nitrosaminas las cuales son potenciales carcinógenas y cambios precancerosos del revestimiento interno del estómago.

Las personas con cáncer de estómago tienen una tasa más alta de infección por H. pylori que las personas sin este cáncer. La infección por H pylori también está relacionada con algunos tipos de linfoma del estómago. Aun así, la mayoría de las personas que portan este germen en el estómago nunca desarrollan cáncer. Por lo que, esta infección parece ser un factor de riesgo necesario, pero no único para la generación del cáncer<sup>38</sup>.

**Cirugía estomacal previa:**

Los cánceres de estómago tienen más probabilidades de desarrollarse en personas a las que se les extirpó parte del estómago para tratar enfermedades no cancerosas, como úlceras. Esto podría deberse a que el estómago produce menos ácido, lo que permite que haya más bacterias productoras de nitrito. El reflujo (respaldo) de la bilis desde el intestino delgado al estómago después de

la cirugía también puede aumentar el riesgo. Estos tipos de cáncer generalmente se desarrollan muchos años después de la cirugía.

### **Anemia perniciosa:**

Ciertas células en el revestimiento del estómago normalmente producen una sustancia llamada factor intrínseco (IF) que necesitamos para absorber la vitamina B12 de los alimentos. Las personas sin suficiente IF pueden terminar con una deficiencia de vitamina B12, que afecta la capacidad del cuerpo para producir nuevos glóbulos rojos y puede causar otros problemas también. Esta condición se llama anemia perniciosa. Junto con la anemia, las personas con esta enfermedad tienen un mayor riesgo de cáncer de estómago.

### **Enfermedad de Menetrier (gastropatía hipertrófica):**

En esta condición, el crecimiento excesivo del revestimiento del estómago causa pliegues grandes en el revestimiento y conduce a niveles bajos de ácido estomacal. Debido a que esta enfermedad es muy rara, no se sabe exactamente cuánto aumenta el riesgo de cáncer de estómago.

### **Sangre tipo A:**

Los grupos del tipo de sangre se refieren a ciertas sustancias que normalmente están presentes en la superficie de los glóbulos rojos y algunos otros tipos de células. Estos grupos son importantes para unir sangre para transfusiones. Por razones desconocidas, las personas con sangre tipo A tienen un mayor riesgo de contraer cáncer de estómago.

### **Hereditarios:**

Las personas con familiares que padecen de cáncer gástrico tienen una probabilidad 3 veces mayor de padecer esta patología. Aunque esta asociación puede variar de acuerdo al grado de exposición a factores ambientales y dietéticos<sup>35</sup>. Algunas afecciones hereditarias pueden aumentar el riesgo de cáncer de estómago de una persona, como:

Cáncer gástrico difuso hereditario.- Este síndrome hereditario aumenta en gran medida el riesgo de desarrollar cáncer de estómago. Esta condición es rara, pero el riesgo de cáncer de estómago durante la vida entre las personas afectadas es de aproximadamente 70% a 80%. Las mujeres con este síndrome también tienen un mayor riesgo de contraer cierto tipo de cáncer de mama. Esta condición es causada por mutaciones (defectos) en el gen CDH1.

Síndrome de Lynch o cáncer colorrectal hereditario sin poliposis (HNPCC).- El síndrome de Lynch (anteriormente conocido como HNPCC) es un trastorno genético hereditario que aumenta el riesgo de cáncer colorrectal, cáncer de estómago y algunos otros cánceres. En la mayoría de los casos, este trastorno es causado por un defecto en el gen MLH1 o MSH2, pero otros genes pueden causar el síndrome de Lynch, incluidos MLH3, MSH6, TGFBR2, PMS1 y PMS2. Poliposis adenomatosa familiar (FAP).- En la FAP, las personas adquieren muchos pólipos en el colon y, a veces, también en el estómago y los intestinos. Las personas con este síndrome tienen un riesgo mucho mayor de contraer cáncer colorrectal y tienen un riesgo ligeramente mayor de contraer cáncer de estómago. Es causado por mutaciones en el gen APC.

BRCA1 y BRCA2.- Las personas que portan mutaciones de los genes hereditarios de cáncer de mama BRCA1 o BRCA2 también pueden tener una tasa más alta de cáncer de estómago.

Síndrome de Li-Fraumeni.- Este síndrome ocurre por mutaciones en el gen TP53, asociado a varios tipos de neoplasias, incluido el desarrollo temprano de cáncer gástrico.

Síndrome de Peutz-Jeghers (PJS).- Mutación del gen STK1, básicamente, cursa con presencia de múltiples pólipos en intestinos, estómago, nariz, vejiga y otras partes del cuerpo. La poliposis intestinal y gástrica se llaman Hamartomas. Cursan con cuadros de sangrado y obstrucción intestinal. PJS también tiene clínica en piel, generando lesiones típicas en labio y mejillas. Las

personas afectadas con este síndrome sufren mayor riesgo de CA de mama, colon, páncreas, estómago y otros órganos.

### **Un historial familiar de cáncer de estómago:**

Las personas con familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos) que han tenido cáncer de estómago tienen más probabilidades de desarrollar esta enfermedad

### **Algunos tipos de pólipos estomacales:**

Los pólipos son crecimientos no cancerosos en el revestimiento del estómago. La mayoría de los tipos de pólipos (como pólipos hiperplásicos o pólipos inflamatorios) no parecen aumentar el riesgo de cáncer de estómago de una persona, pero los pólipos adenomatosos, también llamados adenomas, a veces pueden convertirse en cáncer

### **Infección por el virus Epstein-Barr (VEB):**

El virus de Epstein-Barr causa mononucleosis infecciosa (también llamada mono). Casi todos los adultos han sido infectados con este virus en algún momento de sus vidas, generalmente en su infancia o adolescencia. Este virus se ha relacionado con algunas formas de linfoma. También se encuentra en las células cancerosas de aproximadamente 5% a 10% de las personas con cáncer de estómago. Estas personas tienden a tener un cáncer de crecimiento más lento y menos agresivo con una menor tendencia a diseminarse. Se ha encontrado EBV en algunas células cancerosas del estómago, pero aún no está claro si este virus realmente causa cáncer de estómago.

### **Ocupación:**

Los trabajadores de las industrias del carbón (minas), madera, el metal y el caucho parecen tener un mayor riesgo de contraer cáncer de estómago. No se ha determinado si este riesgo es profesional o refleja en realidad el estrato socioeconómico de estos trabajadores.<sup>46</sup>

## **vii. CAUSAS DEL CANCER GASTRICO**

Como vimos, hay muchos factores de riesgo conocidos para el cáncer de estómago, pero no se sabe exactamente cómo estos factores causan que las células del revestimiento del estómago se vuelvan cancerosas. Este es el tema de la investigación en curso.

Se pueden producir varios cambios que se consideran precancerosos en el revestimiento del estómago.

En la gastritis atrófica crónica, las glándulas normales del estómago están disminuidas o ausentes. También hay un cierto grado de inflamación (las células del sistema inmune dañan las células del estómago). La gastritis atrófica a menudo es causada por infección por *H. pylori*. Tiene etiología autoinmune, provocando daño gástrico.

La metaplasia intestinal es una condición en la que el epitelio normal del estómago sufre cambios histológicos, semejándose a las células intestinales. Esta patología lleva a largo plazo a gastritis crónica atrófica. Este trastorno, se asocia a la infección por *H. pylori*.

El *H. pylori*, tiene subtipos que tienen sustancias que causan mutaciones (cambios) en el ADN de las células en el revestimiento del estómago. Esto también puede explicar por qué ciertos alimentos, como las carnes en conserva, aumentan el riesgo de cáncer de estómago de una persona. Por otro lado, algunos de los alimentos que pueden reducir el riesgo de cáncer de estómago, como las frutas y las verduras, contienen antioxidantes que pueden bloquear sustancias que dañan el ADN de una célula. Los cambios en el ADN que activan los oncogenes o desactivan los genes supresores de tumores pueden causar cáncer.

Se ha sugerido que *H. pylori* desencadena una cascada de eventos que promueven la progresión secuencial del epitelio gástrico normal a través de la gastritis atrófica, la metaplasia intestinal y la displasia del carcinoma. La bacteria secreta varios productos que causan daño de la mucosa gástrica como ureasa, proteasa, fosfolipasa, amoníaco y acetaldehído. *H. pylori* interrumpe la

función de barrera gástrica a través de la activación de la miosina II mediada por ureasa. La generación de estrés oxidativo se reconoce como un factor de virulencia en huéspedes infectados con *H. pylori*. La infección por *H. pylori* induce la producción de especies reactivas de oxígeno y nitrógeno y suprime los mecanismos de defensa antioxidantes del huésped, lo que lleva al daño oxidativo del ADN. Sin embargo, *H. pylori*, que está dotado de una variedad de enzimas antioxidantes, se libra del estrés oxidativo y el daño se limita exclusivamente a la mucosa gástrica del huésped susceptible. Aunque se ha sugerido que *H. pylori* no es directamente mutagénico, favorece la formación de sustancias mutagénicas a través de mediadores inflamatorios o al dificultar la vía de reparación de los desapareamientos.

#### **viii. CUADRO CLINICO**

El cáncer gástrico temprano no tiene síntomas asociados; sin embargo, algunos pacientes con quejas incidentales son diagnosticados con cáncer gástrico temprano. La mayoría de los síntomas del cáncer gástrico reflejan una enfermedad avanzada. Todos los signos físicos en el cáncer gástrico son eventos tardíos. Los pacientes pueden quejarse de uno o más de los siguientes:

- Indigestión
- Náuseas o vómitos
- Disfagia
- Plenitud posprandial
- Pérdida de apetito
- Melena o palidez de la anemia
- Hematemesis
- Pérdida de peso
- Estómago agrandado palpable con salpicadura de succión
- Ganglios linfáticos agrandados como nódulos de Virchow (es decir, supraclavicular izquierdo) y ganglio irlandés (axilar anterior)

Las complicaciones tardías del cáncer gástrico pueden incluir las siguientes características:

- Derrames peritoneales y pleurales patológicos
- Obstrucción de la salida gástrica, la unión gastroesofágica o el intestino delgado
- Sangrado en el estómago por varices esofágicas o en la anastomosis después de la cirugía
- Ictericia intrahepática causada por hepatomegalia
- Ictericia extrahepática
- Inanición de inanición o caquexia de origen tumoral

Cualquiera de estos síntomas puede ser causado por el cáncer o por otros problemas de salud menos serios, tales como un virus del estómago o una úlcera. Por tanto, solamente un médico puede determinar la causa real. Si una persona tiene cualquiera de estos síntomas debe visitar a su profesional de salud. Después, este doctor, puede enviar a la citada persona a un médico especialista en problemas digestivos. Será este último gastroenterólogo quien diagnosticará y determinará exactamente el diagnóstico correcto<sup>27</sup>.

#### **ix. DIAGNOSTICO**

Para hacer un diagnóstico se puede solicitar un análisis de sangre, incluida una prueba para detectar la presencia de la bacteria *H. pylori*. Las pruebas de diagnóstico buscan específicamente la sospecha de tumores y otras anomalías en el estómago y el esófago. Estas pruebas pueden incluir:

- una endoscopia gastrointestinal superior
- una biopsia
- pruebas de imágenes, como tomografías computarizadas y radiografías

#### **x. TRATAMIENTO**

Tradicionalmente, el cáncer de estómago se trata con uno o más de los siguientes:

- quimioterapia
- terapia de radiación
- cirugía
- inmunoterapia, medicamentos

El tratamiento dependerá del origen y la etapa del cáncer. La edad y la salud en general también pueden desempeñar un papel.

Además de tratar las células cancerosas en el estómago, el objetivo del tratamiento es evitar que las células se propaguen. El cáncer de estómago, cuando no se trata, puede diseminarse a: pulmón, ganglios linfáticos, huesos, hígado.

## **xi. PRONOSTICO**

Las posibilidades de recuperación son mejores si el diagnóstico se realiza en las primeras etapas. Según el Instituto Nacional del Cáncer, alrededor del 30 por ciento de todas las personas con cáncer de estómago sobreviven al menos cinco años después de haber sido diagnosticadas. La mayoría de estos sobrevivientes tienen un diagnóstico localizado. Esto significa que el estómago fue la fuente original del cáncer. Cuando se desconoce su origen, puede ser difícil diagnosticar y clasificar el cáncer. Esto hace que el cáncer sea más difícil de tratar. También, es más difícil tratar el cáncer de estómago una vez que alcanza las etapas posteriores. Por ello, se recurre a concientizar a la población sobre su prevención.

## **xii. PREVENCIÓN DEL CANCER GASTRICO**

### **A. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

La prevención de enfermedades se centra en estrategias de prevención para reducir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y otras morbilidades. La prevención de la enfermedad involucra promover la salud, diagnóstico y

tratamiento temprano, rehabilitación y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención<sup>28-30</sup>.

Tipos de prevención:

Así tenemos, prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria. Para este trabajo, nos centraremos en la del primer tipo.

La prevención primaria, se refiere a acciones dirigidas a evitar la manifestación de una enfermedad (esto puede incluir acciones para mejorar la salud cambiando el impacto de los determinantes sociales y económicos en la salud, el suministro de información sobre riesgos de salud conductual y médica, junto con consultas y medidas para disminuir a nivel personal y comunitario, suplementos nutricionales y de alimentos, educación sobre higiene bucal y dental y servicios clínicos preventivos tales como inmunización y vacunación de niños, adultos y ancianos, así como vacunación o profilaxis posterior a la exposición para personas expuestas a enfermedad transmisible).

Los servicios y actividades de prevención primaria incluyen:

- Vacunación y profilaxis posterior a la exposición de niños, adultos y ancianos;
- Suministro de información sobre riesgos de salud conductual y médica, y medidas para reducir los riesgos a nivel individual y de la población;
- Inclusión de programas de prevención de enfermedades en los niveles de atención primaria y especializada, como el acceso a servicios preventivos (por ejemplo, asesoramiento); y
- Suplementos nutricionales y de alimentos; y
- Educación en higiene dental y servicios de salud oral.

## **B. PROMOCION DE LA SALUD**

La Organización Mundial de la Salud, la promoción de la salud como el proceso de permitir a las personas aumentar el control y mejorar su salud. Se mueve más allá de un enfoque en el comportamiento individual hacia una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales.

La promoción de la salud también se define como el proceso de empoderamiento de las personas para aumentar el control sobre su salud y sus determinantes a través de los esfuerzos de alfabetización en salud y la acción multisectorial para aumentar las conductas saludables. Este proceso incluye actividades para la comunidad en general o para poblaciones en mayor riesgo de resultados negativos de salud. La promoción de la salud generalmente aborda factores de riesgo conductuales como el consumo de tabaco, la obesidad, la dieta y la inactividad física, así como las áreas de salud mental, prevención de lesiones, control del abuso de drogas, control del alcohol, comportamiento relacionado con el VIH y salud sexual.

Funciones:

- Políticas e intervenciones para abordar el tabaco, el alcohol, la actividad física y la dieta.
- La intervención dietética y nutricional también debería abordar adecuadamente la malnutrición, definida como una condición que surge al comer una dieta en la que faltan ciertos nutrientes, en exceso o en las proporciones incorrectas.
- Políticas intersectoriales e intervenciones de servicios de salud para abordar la salud mental y el abuso de sustancias
- Estrategias para promover la salud sexual y reproductiva, incluso mediante la educación para la salud y un mayor acceso a la salud sexual y reproductiva, y los servicios de planificación familiar
- Estrategias para combatir la violencia doméstica, incluidas campañas de concienciación pública; tratamiento y protección de las víctimas; y vinculación con la aplicación de la ley y los servicios sociales.

La prevención de enfermedades y la promoción de la salud comparten muchos objetivos, y existe una considerable superposición entre funciones. A nivel conceptual, es útil caracterizar a los servicios de prevención de enfermedades como aquellos que se concentran principalmente en el sector de la salud, y los servicios de promoción de la salud como aquellos que dependen de acciones intersectoriales y / o están preocupados con los determinantes sociales de la salud.

Los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades se centran en mantener a las personas saludables. La promoción de la salud involucra y empodera a las personas y las comunidades para que participen en comportamientos saludables y realicen cambios que reduzcan el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y otras morbilidades. Estos programas a menudo abordan los determinantes sociales de la salud, que influyen en las conductas de riesgo modificables. Los determinantes sociales de la salud son las condiciones económicas, sociales, culturales y políticas en las que nacen, crecen y viven las personas que afectan el estado de salud. Los determinantes sociales de la salud son las condiciones económicas, sociales, culturales y políticas en las que nacen, crecen y viven las personas que afectan el estado de salud. Las conductas de riesgo modificables incluyen, por ejemplo, el consumo de tabaco, los malos hábitos alimenticios y la falta de actividad física, que contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas.

Las actividades típicas para la promoción de la salud y los programas de prevención de enfermedades incluyen:

- **Comunicación:** Sensibilización sobre conductas saludables para el público en general. Algunos ejemplos de estrategias de comunicación incluyen anuncios de servicio público, ferias de salud, campañas en los medios de comunicación y boletines informativos.
- **Educación:** Empoderamiento del cambio de comportamiento y acciones a través de un mayor conocimiento. Algunos ejemplos de estrategias de educación para la salud incluyen cursos, capacitaciones y grupos de apoyo.

- Política: actividades reguladoras u obligatorias por parte de organizaciones o agencias públicas que fomentan una toma de decisiones saludable.
- Medio ambiente: Cambiando estructuras o entornos para tomar decisiones saludables más fácilmente disponibles para grandes poblaciones.

Por lo tanto, para evitar que se inicien nuevas enfermedades como el cáncer, los científicos estudian los factores de riesgo y los factores de protección. Cualquier cosa que aumente su probabilidad de desarrollar cáncer se llama factor de riesgo de cáncer; cualquier cosa que disminuya su probabilidad de desarrollar cáncer se llama factor de protección contra el cáncer.

Con respecto al cáncer gástrico, se cree que la disminución drástica de éste, en las últimas décadas ha sido el resultado de que las personas reducen muchos de los factores de riesgo dietéticos conocidos. Esto incluye un mayor uso de la refrigeración para el almacenamiento de alimentos en lugar de preservar los alimentos mediante la salazón, el encurtido y el ahumado. Para ayudar a reducir su riesgo, se recomienda evitar una dieta alta en alimentos ahumados, y carnes y pescados salados.

Una dieta rica en frutas y verduras frescas también puede reducir el riesgo de cáncer de estómago. La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que las personas consuman una dieta saludable, con énfasis en los alimentos vegetales. Esto incluye comer al menos 2½ tazas de verduras y frutas todos los días. Elegir panes integrales, pastas y cereales en lugar de granos refinados, y comer pescado, pollo o frijoles en lugar de carne procesada y carnes rojas también puede ayudar a reducir el riesgo de cáncer.

Los estudios que han analizado el uso de suplementos dietéticos para reducir el riesgo de cáncer de estómago han tenido resultados mixtos hasta el momento. Algunos estudios han sugerido que las combinaciones de suplementos antioxidantes (vitaminas A, C y E y el mineral de selenio) podrían reducir el riesgo de cáncer de estómago en personas con una nutrición

deficiente, para empezar. Pero la mayoría de los estudios que analizan a las personas que tienen una buena nutrición no han encontrado ningún beneficio al agregar píldoras de vitaminas a su dieta. Se necesita más investigación en esta área.

Por otro lado, estar físicamente activo puede ayudar a disminuir su riesgo. La Sociedad Estadounidense del Cáncer recomienda mantener un peso saludable durante toda la vida al equilibrar el consumo de calorías con la actividad física. Además de los posibles efectos sobre el riesgo de cáncer de estómago, perder peso, estar activo y dejar de fumar también puede tener un efecto sobre el riesgo de varios otros cánceres y problemas de salud.

Por otro lado, todavía no está claro si las personas cuyos revestimientos del estómago están crónicamente infectados con la bacteria H pylori pero que no tienen ningún síntoma deben tratarse con antibióticos. Este es un tema de investigación actual. Algunos estudios iniciales han sugerido que dar antibióticos a personas con infección por H. pylori podría reducir el número de lesiones precancerosas en el estómago y reducir el riesgo de desarrollar cáncer de estómago. Pero no todos los estudios han encontrado esto. Se necesita más investigación para asegurarse de que esta es una forma de prevenir el cáncer de estómago en personas con infección por H. pylori.

La forma más simple de detectar si se tiene la infección por el H pylori es una prueba de sangre que busca anticuerpos contra H. pylori. Los anticuerpos son proteínas que el sistema inmunitario del cuerpo produce en respuesta a una infección. Un resultado positivo de la prueba de anticuerpos contra H. pylori puede significar que se está infectado con H. pylori o que se tuvo una infección en el pasado que ahora se ha eliminado. Otra forma de hallar su presencia es pasar por el “test de aliento” para su detección. Otro enfoque es someterse a un procedimiento de endoscopia para tomar una muestra de biopsia del revestimiento del estómago. Sea cual sea la técnica se estaría hablando de prevención secundaria.

## **2.3. DEFINICIONES DE CONCEPTOS OPERACIONALES**

### **a. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER GÁSTRICO**

Es toda idea y concepto que se refiere al control, disminución o eliminación de los factores de riesgo asociados a esta enfermedad.

### **b. NIVEL EDUCATIVO**

Máximo grado alcanzado por una institución educativa adscrita al ministerio de educación del Perú.

### **c. NIVEL SOCIOECONÓMICO**

Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.

### **d. DEFINICIÓN DE ASOCIACIÓN**

Existencia de un vínculo de dependencia entre una variable y otra. En general, la forma de identificar la asociación es a través de la comparación de dos o más grupos, para determinar si la frecuencia, magnitud o la presencia de una de las variables modifica la frecuencia de la otra en algún sentido.

## **CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1 HIPÓTESIS**

#### **HIPÓTESIS GENERAL**

- $H_0^0$ : Los factores no están asociados significativamente a conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- $H_1^0$ : Los factores están asociados significativamente a conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.

#### **HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

- $H_0^1$ : El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico no está asociado significativamente a la edad; en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- $H_1^1$ : El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico está asociado significativamente a la edad; en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- $H_0^2$ : El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico no está asociado significativamente al sexo; en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- $H_1^2$ : El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico está asociado significativamente al sexo; en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- $H_0^3$ : El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico no está asociado significativamente al grado de instrucción; en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.

- H1<sup>3</sup>: El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico está asociado significativamente al grado de instrucción; en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- H0<sup>4</sup>: El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico no está asociado significativamente a tener ocupación; en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- H1<sup>4</sup>: El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico está asociado significativamente a tener ocupación; en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- H0<sup>5</sup>: El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico no está asociado significativamente al acceso a internet; en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- H1<sup>5</sup>: El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico está asociado significativamente al acceso de internet; en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- H0<sup>6</sup>: El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico no está asociado significativamente al nivel socioeconómico; en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.
- H1<sup>6</sup>: El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico está asociado significativamente al nivel socioeconómico; en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017.

### 3.2. VARIABLES DE ESTUDIO

A continuación, se detallan cada una de las variables que se utilizarán en el presente estudio de investigación. Así se obtendrá la descripción de su denominación, tipo, naturaleza, medición, indicador, unidad de medida, instrumento, medición, definición operacional y definición conceptual; que luego se representarán en la Matriz de Operacionalización de Variables (**ver anexo 1**).

<b>Variable: Edad</b>	
<b>Denominación</b>	Edad
<b>Tipo</b>	Independiente
<b>Naturaleza</b>	Cuantitativa
<b>Escala de medición</b>	De razón
<b>Indicador</b>	Años
<b>Unidad de medida</b>	Años
<b>Instrumento</b>	Encuesta
<b>Dimensión</b>	Biológica
<b>Definición conceptual</b>	tiempo transcurrido en años desde el nacimiento de un individuo.
<b>Definición operacional</b>	Edad en años consignada en la encuesta

<b>Variable: Sexo</b>	
<b>Denominación</b>	Sexo
<b>Tipo</b>	Independiente
<b>Naturaleza</b>	Cualitativa
<b>Escala de medición</b>	Nominal
<b>Indicador</b>	Género
<b>Unidad de medida</b>	Género
<b>Instrumento</b>	Encuesta
<b>Dimensión</b>	Biológica
<b>Definición conceptual</b>	Conjunto de características biológicas que caracterizan a la especie humana en hombres y mujeres
<b>Definición operacional</b>	sexo consignado en la encuesta

<b>Variable: Grado de Instrucción</b>	
<b>Denominación</b>	Grado de Instrucción
<b>Tipo</b>	Independiente
<b>Naturaleza</b>	Cualitativa
<b>Escala de medición</b>	Ordinal
<b>Indicador</b>	Desempeño académico
<b>Unidad de medida</b>	Desempeño académico
<b>Instrumento</b>	Encuesta
<b>Dimensión</b>	Social
<b>Definición conceptual</b>	Nivel educativo del paciente de consultorio externo
<b>Definición operacional</b>	Nivel educativo del paciente de consulta externa consignada en la encuesta

<b>Variable: estado de ocupación</b>	
<b>Denominación</b>	Estado de ocupación
<b>Tipo</b>	Independiente
<b>Naturaleza</b>	Cualitativa
<b>Escala de medición</b>	Nominal
<b>Indicador</b>	Condición laboral
<b>Unidad de medida</b>	
<b>Instrumento</b>	Encuesta
<b>Dimensión</b>	Social
<b>Definición conceptual</b>	Estado de ocupación del paciente de consultorio externo
<b>Definición operacional</b>	Paciente que al momento de la encuesta cuenta o no con trabajo

<b>Variable: acceso a internet</b>	
<b>Denominación</b>	Acceso a internet
<b>Tipo</b>	Independiente
<b>Naturaleza</b>	Cualitativa
<b>Escala de medición</b>	nominal
<b>Indicador</b>	Acceso a internet inalámbrico / banda ancha
<b>Unidad de medida</b>	
<b>Instrumento</b>	Encuesta
<b>Dimensión</b>	Social
<b>Definición conceptual</b>	Sistema de enlace con que el computador o dispositivo móvil cuenta para conectarse a internet
<b>Definición operacional</b>	Si el paciente tiene disponible algún dispositivo electrónico que cuente con acceso a internet

<b>Variable: Nivel socio económico</b>	
<b>Denominación</b>	Nivel socio económico
<b>Tipo</b>	Independiente
<b>Naturaleza</b>	Cualitativa
<b>Escala de medición</b>	Ordinal
<b>Indicador</b>	Puntaje de Test de Graffar
<b>Unidad de medida</b>	Puntaje de Test de Graffar
<b>Instrumento</b>	Encuesta
<b>Dimensión</b>	Social
<b>Definición conceptual</b>	Nivel socioeconómico del paciente de consultorio externo
<b>Definición operacional</b>	Puntaje obtenido en el test de Graffar que cuenta con 4 dimensiones: profesión, principales fuentes de ingreso, condiciones de alojamiento

<b>Variable: conocimientos sobre prevención de cáncer gástrico</b>	
<b>Denominación</b>	conocimientos sobre cáncer gástrico
<b>Tipo</b>	Dependiente
<b>Naturaleza</b>	Cualitativa
<b>Escala de medición</b>	Ordinal
<b>Indicador</b>	Puntaje del nivel de conocimiento de prevención del cáncer gástrico
<b>Unidad de medida</b>	
<b>Instrumento</b>	Encuesta
<b>Dimensión</b>	Conocimiento sobre cáncer gástrico
<b>Definición conceptual</b>	Es toda idea y concepto que se refiere al control, disminución o eliminación de los factores de riesgo asociados a la enfermedad.
<b>Definición operacional</b>	conjunto de ideas, conceptos, sobre prevención que tienen los pacientes de consultorio externo relacionados con el cáncer gástrico, lo cual será medido a través de un cuestionario cuyo valor final será alto, medio o bajo

## CAPITULO IV : METODOLOGÍA

### 4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación del presente estudio es de tipo analítico, observacional de corte transversal y prospectivo.

- **Analítico**, porque se pretende analizar la asociación entre 2 o más variables que se van a utilizar en el estudio.
- **Observacional**, porque no ha realizado una manipulación de las variables ya que el estudio solamente se limita a medir las variables definidas.
- **Transversal**, porque el estudio de las variables se realizará en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.
- **Prospectivo**, debido a que se recolectaran los datos en el mes de agosto, posterior a la elaboración del protocolo

### 4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### POBLACIÓN

La población de estudio está conformada por los pacientes que se atiendan en los consultorios externos de Medicina Interna, Cirugía, Ginecobstetricia; así como también los padres de los pacientes que se atenderán en el consultorio de pediatría, en el Hospital Vitarte en los meses de Setiembre-Noviembre 2017. Durante el mes de Mayo del año 2017 se atendieron en consultorios externos de medicina interna 4537 pacientes, en ginecobstetricia 2944 pacientes, en cirugía 3464 pacientes y en pediatría 2044 pacientes; lo que da un total de 12989 pacientes atendidos durante el mes de Mayo del 2017. A partir de este número, se estima que la población total de atenciones en los consultorios del mes de agosto es similar a 12989 pacientes.

## MUESTRA

Para hallar el tamaño muestral se usó la siguiente formula:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 (p)(q) N}{e^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 (p)(q)}$$

Donde:

- Tamaño de la población: N 12989
- Z de (1- $\alpha$ ) Z (1- $\alpha$ ) 1.96
- Error Alfa A 0.05
- Nivel de Confianza 1- $\alpha$  0.95
- Prevalencia esperada P 0.31
- (1-P) Q 0.69
- Error máximo E 0.05

Se realizará un muestreo probabilístico. El cálculo del tamaño de la muestra se realizará a partir de una prevalencia esperada de 31%, de acuerdo a un antecedente cercano; con un porcentaje de error alfa de 5% y un nivel de confianza del 95% para una población de 12989. Lo cual nos da un tamaño muestral de 321.

## UNIDAD DE ANALISIS

Un paciente que se atiende en consultorio externo de medicina, cirugía y ginecología; así como también uno de los padres del paciente que se atiende en el consultorio de pediatría, en el Hospital Vitarte de los meses Setiembre-Noviembre 2017, el cual, a través de una encuesta que rellenará, brindará los datos necesarios para la realización de los objetivos del presente estudio.

## **4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes que esperan su atención en consultorio externo de entre 18 y 65 años.
- Pacientes que esperan su atención en consultorio externo que acepten formar parte del estudio.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que esperan su atención en consultorio externo con dificultades para la comunicación.
- Pacientes que esperan su atención en consultorio externo con alguna morbilidad psiquiátrica.

## **4.4. PROCEDIMIENTO PARA LA COLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Mediante el uso de una encuesta validada que cumpla con los parámetros necesarios para medir las variables establecidas según los objetivos del presente estudio y habiendo solicitado previamente los permisos correspondientes tanto a las autoridades del decanato de la facultad de medicina como a las del comité de ética de la Universidad Ricardo Palma, se procederá a encuestar a todas aquellos pacientes que acudirán a consultorio externo de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecobstetricia y padres de los pacientes que se atienden en los consultorios externos de Pediatría en los meses de Setiembre-Noviembre 2017del presente año.

Se tendrán en cuenta los criterios de exclusión para obtener datos fidedignos y de esta manera se pueda realizar el estudio sin ninguna complicación. Una vez obtenida la información, se procederá a tabular los datos y elaborar los gráficos y tablas para así poder formular las conclusiones correspondientes.

## 4.5. INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODO PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE DATOS

La técnica de recolección de datos será la encuesta. Los instrumentos que se utilizarán serán el test de Graffar para medir el nivel socioeconómico, validado al español; el test de nivel de conocimientos sobre la prevención de cáncer gástrico, validado en español; y la encuesta para el resto de variables.

La encuesta de conocimientos se ha validado en el trabajo de Cutipa Clemente, el cual paso por Juicio de Expertos y una prueba piloto y fue aplicado a pacientes del C.S. Primavera en el distrito de El Agustino, realizado aquí en nuestro país en el año 2010.<sup>11</sup> Para la validación se aplicó la Prueba Binomial siendo el resultado menor a 0.05, lo que significó que el instrumento fue válido.

### PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

Ítems a evaluar	NUMERO DE JUECES EXPERTOS								
	1	2	3	4	5	6	7	8	P
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035

Positiva =1 (Si )

Negativa =0 (No)

Si  $P < 0.05$  la concordancia es significativa

Se encontró concordancia es significativa en los criterios de la evaluación del cuestionario. Como conclusión del análisis que realizaron los expertos, sugirieron algunos cambios del texto de las preguntas dándole mayor disposición y dirección hacia el objetivo del indicador correspondiente

Para la confiabilidad se realizó la prueba piloto y su validación fue a través de la prueba estadística de Alfa de Crombach, siendo el resultado 0.84, la que la hizo confiable.

#### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO ALPHA DE CRONBACH

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 20 usuarios y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach, cuya fórmula es

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

Donde:

K: Número de ítems

$S_i^2$ : varianza muestral de cada ítems

$S_T^2$ : varianza del total de puntaje de los ítems

$$\alpha = \frac{20}{20-1} \left( 1 - \frac{4.4}{18} \right) = \frac{20}{19} (1 - 0.24) = 1.05(0.8) = 0.84$$

El coeficiente obtenido, denota la consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario.

**Cuestionario de conocimientos:** Cuenta con 15 preguntas que evalúan los conocimientos sobre prevención de cáncer gástrico, el cual se categorizará en dos niveles: conoce y no conoce. Los puntajes serán, 1 punto a las preguntas correctas y 0 puntos a las incorrectas; obteniéndose un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 15 puntos.

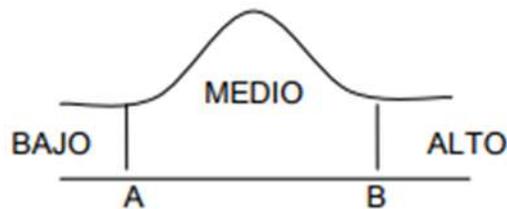
Para categorizar la respuesta se usó la escala de estaciones como se presenta a continuación:

## ESCALA DE ESTANONES PREVENCIÓN

Para establecer los intervalos se aplicó la Escala de Estanones en la Curva de Gauss.

$$X \pm (0.75 \times S)$$

—  
X = Promedio De Los Puntajes  
S = Desviacion Estandar



### Conocimiento:

$$a = 8.0 - 0.75 (2.4) = 6$$

$$b = 8.0 + 0.75 (2.4) = 10$$

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	INTERVALO
bajo	0 - 6
medio	7 - 10
alto	11 - 15

Para el control de calidad de los datos se revisarán cada una de las encuestas llenadas por los pacientes y no se tomarán en cuenta aquellas que no estén adecuadamente llenadas, que se encuentren incompletas o que estén comprendidas entre los datos que figuren en los criterios de exclusión.

#### **4.6. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS**

Se solicitará los permisos respectivos y se aprobará el presente proyecto de tesis tanto al Departamento de Docencia e investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma como del comité de ética del Hospital Vitarte II antes de iniciar con la recopilación de los datos. Por lo que, en el presente estudio no existirá ningún tipo de riesgo para la población que participará en la investigación ya que se respetará la confidencialidad de los datos, realizándose las encuestas de manera anónima, por lo que no se publicarán nombre ni cualquier dato que permita identificar a los participantes evitando así perjudicar a los mismos.

#### **4.7. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

##### **MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS SEGÚN TIPO DE VARIABLES**

Para el análisis de datos se tendrá en cuenta el tipo de variable, unidad de medición dimensión y escala.

El método que se empleará para el análisis de los datos es la estadística analítica orientado a la elaboración y obtención de las principales medidas del estudio.

- Análisis descriptivo de las variables categóricas: Se analizarán y describirán las variables categóricas con las frecuencias y porcentajes.
- Análisis descriptivo de las variables cuantitativas: Previo al análisis de estas variables se realizará la evaluación de la normalidad (con la prueba estadística Shapiro Wilk), para determinar la mejor manera del análisis y descripción.

- Análisis bivariado: se usarán las regresiones binomiales para de esta forma calcular los OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%). Así mismo, se obtendrán los valores  $p$  para la determinación de la asociación estadística.

Se considerará un valor  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

- Análisis multivariado: se utilizarán las regresiones binomiales de la variable dependiente con las variables independientes. Así mismo, se calcularán los OR ajustados a partir de esto y también se obtendrán los IC95%.

Los resultados obtenidos, previa discusión, permitirán confirmar o rechazar las hipótesis planteadas en la investigación. La presentación de los resultados se realizará básicamente, a través de cuadros y gráficas.

#### **4.8. PROGRAMAS A UTILIZAR PARA ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos se analizarán mediante tablas de distribución de frecuencia, tablas de contingencia y gráficos, utilizando el programa estadístico IBM SPSS v. 23 (Statistical Package for Social and Sciences) y el programa Excel para MS Windows (licencia para uso en la computadora para el análisis) para su confección.

## CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1. RESULTADOS

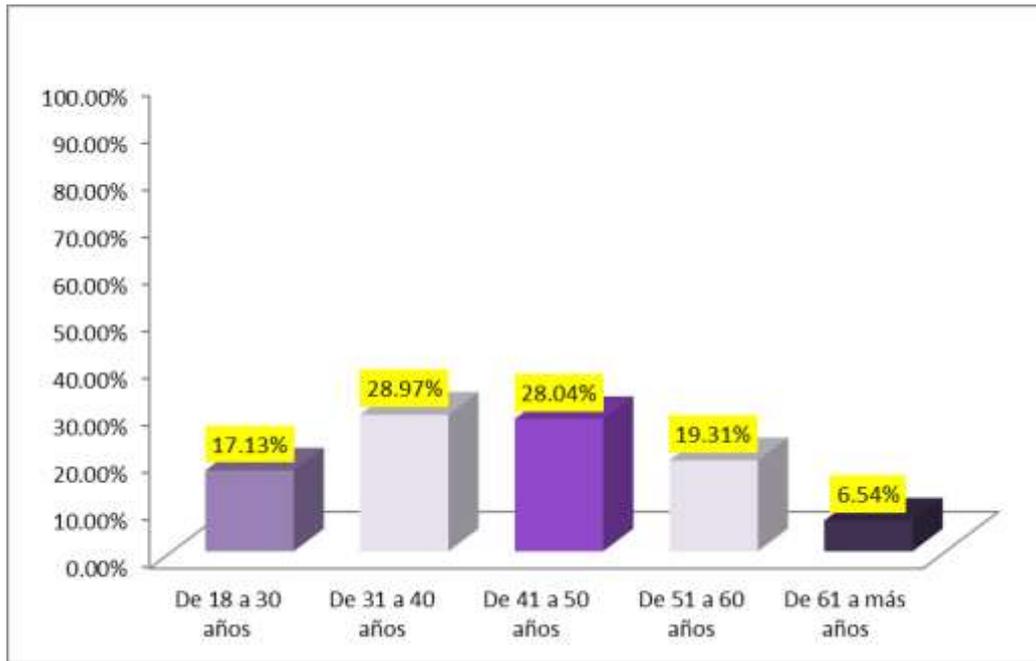
#### Resultados del objetivo específico n°1

- Del total de los pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017, el 28.97%(93) se encuentra entre los 31 a 40 años; el 28.04%(90) se encuentra entre los 41 a 50 años; el 19.31%(62) se encuentra entre los 51 a 60 años; el 17.13%(55) se encuentra entre los 18 a 30 años y el 6.54%(21) se encuentra entre los 61 a más años. Con respecto al análisis de la edad, la media fue de 42.32 con una DS de 11.41 años, lo que significa que la mayoría de los datos se encuentra cerca al valor de 42.32 años y esto se distribuye entre más o menos 11.41 para arriba o para debajo de este valor. La mediana de la edad fue de 42, es decir que este valor se encuentra en la mitad de la secuencia de todos los datos y la edad mínima y máxima fue de 18 y 65 años respectivamente, es decir que no hubo pacientes que fueran menores de 18 años ni mayores de 65 años.

**Tabla N°01. Distribución y análisis respecto a la edad de los pacientes encuestados.**

Edad	Frecuencia
De 18 a 30 años	55
De 31 a 40 años	93
De 41 a 50 años	90
De 51 a 60 años	62
De 61 a más años	21
Total	321

Análisis de la Edad	
media	42.32
desviación estándar	11.41
mediana	42
mínimo	18
máximo	65

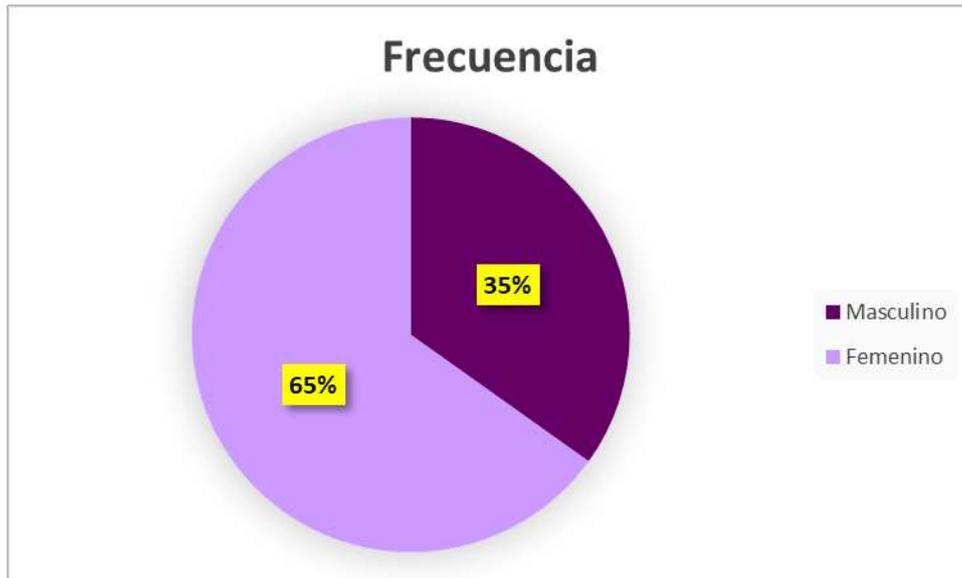


**Gráfico N°01. Distribución por edad de los pacientes encuestados.**

- Del total de los pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017, el 65%(209) pertenecieron al sexo femenino, mientras que el 35%(112) fueron de sexo masculino.

**Tabla N°02. Distribución por sexo de los pacientes encuestados.**

Sexo	Frecuencia
Masculino	112
Femenino	209
Total	321

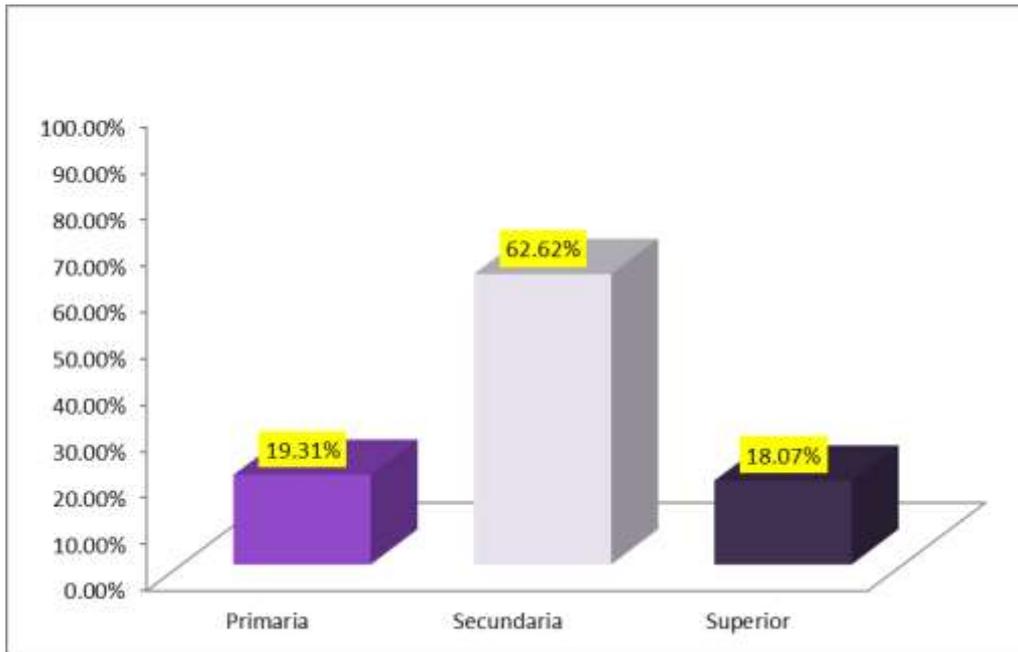


**Gráfico N°02. Distribución por sexo de los pacientes encuestados.**

- Del total de los pacientes encuestados en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017, el 62.62%(201) tenían grado de instrucción nivel secundaria; el 19.31(62) tenían grado de instrucción nivel primaria y solo un 18.07%(58) tenían grado de instrucción nivel superior

**Tabla N°03. Distribución por grado de instrucción de los pacientes encuestados.**

Grado de Instrucción	Frecuencia
Primaria	62
Secundaria	201
Superior	58
Total	321

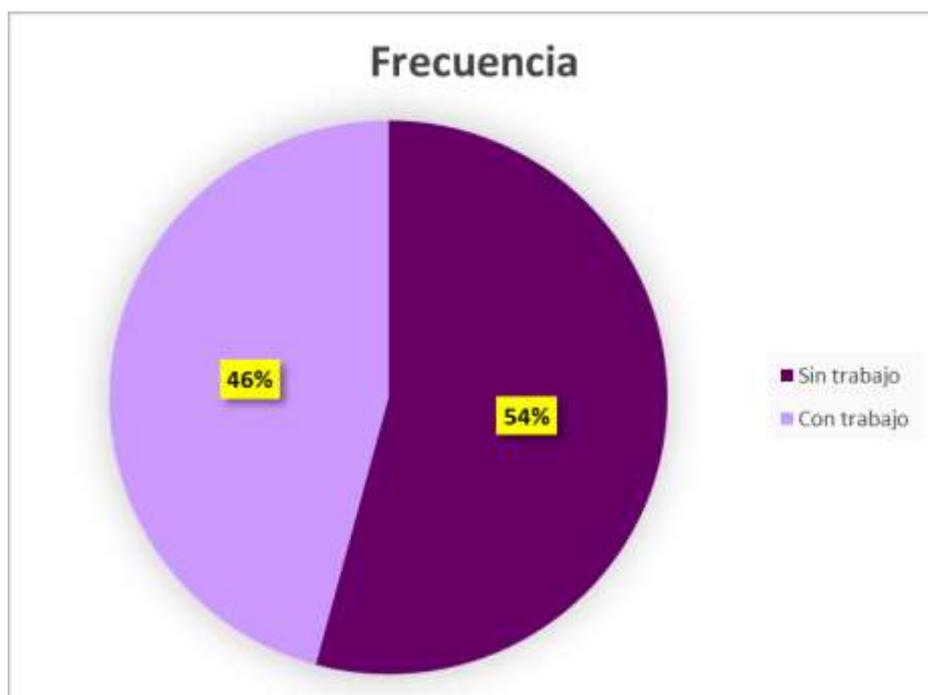


**Gráfico N°03. Distribución por grado de instrucción de los pacientes encuestados.**

- Del total de los pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017, 54%(174) no contaban con trabajo en la actualidad, mientras que un 46%(147) si tenían.

**Tabla N°04. Distribución por estado ocupacional de los pacientes encuestados.**

Ocupación	Frecuencia
Sin trabajo	174
Con trabajo	147
Total	321

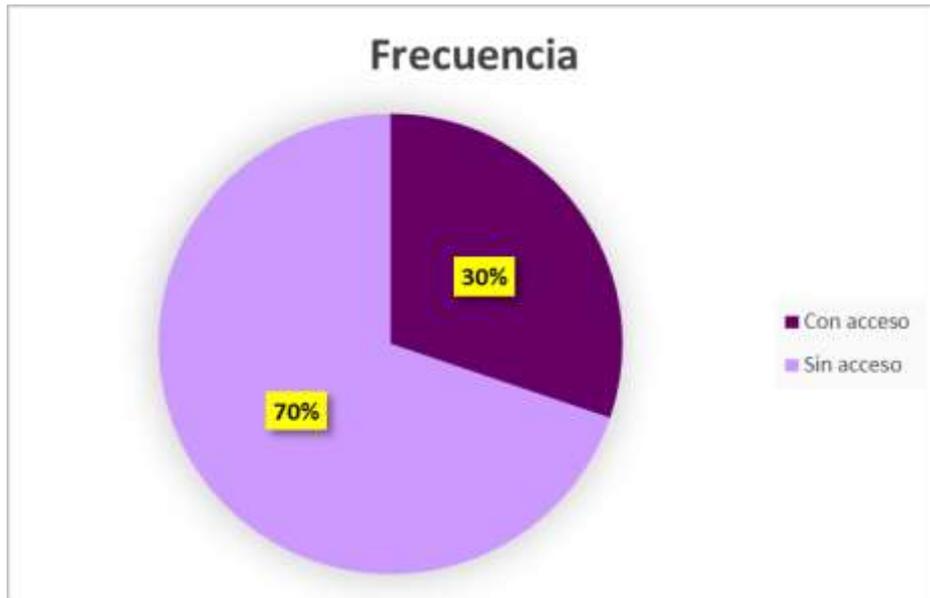


**Gráfico N°04. Distribución por estado ocupacional de los pacientes encuestados.**

- Del total de los pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017, el 70%(224) no tenían acceso a internet, mientras que el 30%(97) de la población encuestada si contaba con acceso.

**Tabla N°05. Distribución por acceso a internet de los pacientes encuestados.**

Internet	Frecuencia
Con acceso	97
Sin acceso	224
Total	321



**Gráfico N°05. Distribución por acceso a internet de los pacientes encuestados.**

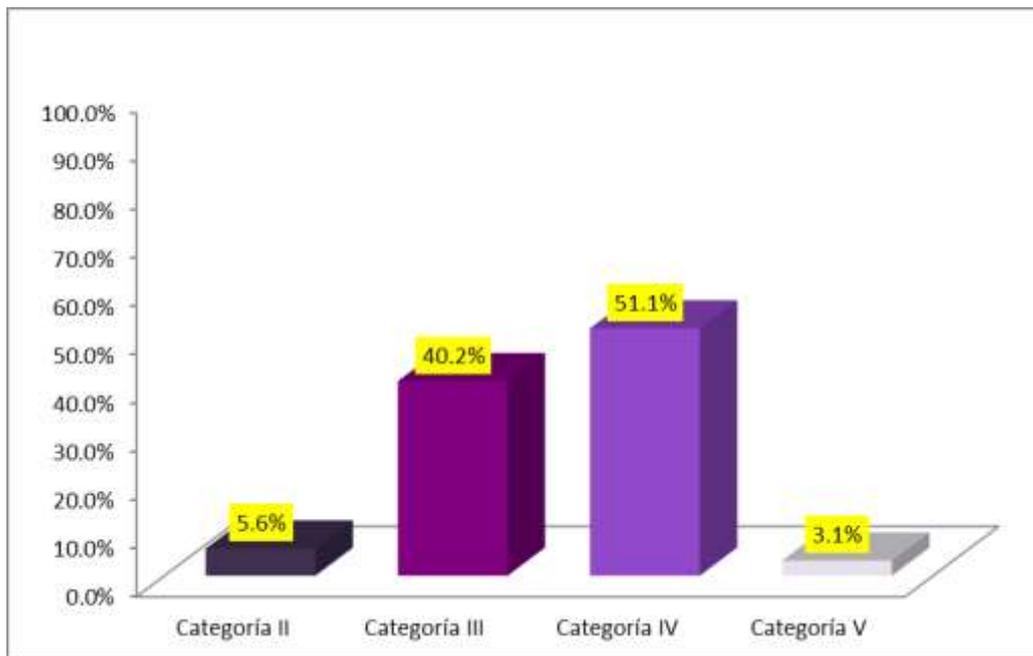
- Del total de los pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017, el 51.1%(164) pertenecen al IV nivel socioeconómico; 40.2%(129) pertenecen al III nivel socioeconómico; 5.6%(18) pertenecen al II nivel socioeconómico; y solo el 3.1%(10) de los pacientes pertenecen al V nivel socioeconómico.

**Tabla N°06. Distribución por nivel socioeconómico de los pacientes encuestados.**

Nivel Socioeconómico	Frecuencia
Categoría II	18
Categoría III	129
Categoría IV	164
Categoría V	10
Total	321

## Análisis del test de Graffar

Test de Graffar	puntaje
Media	12.77
Desviación Estándar	2.08
Límite inferior	8
Limite Superior	18



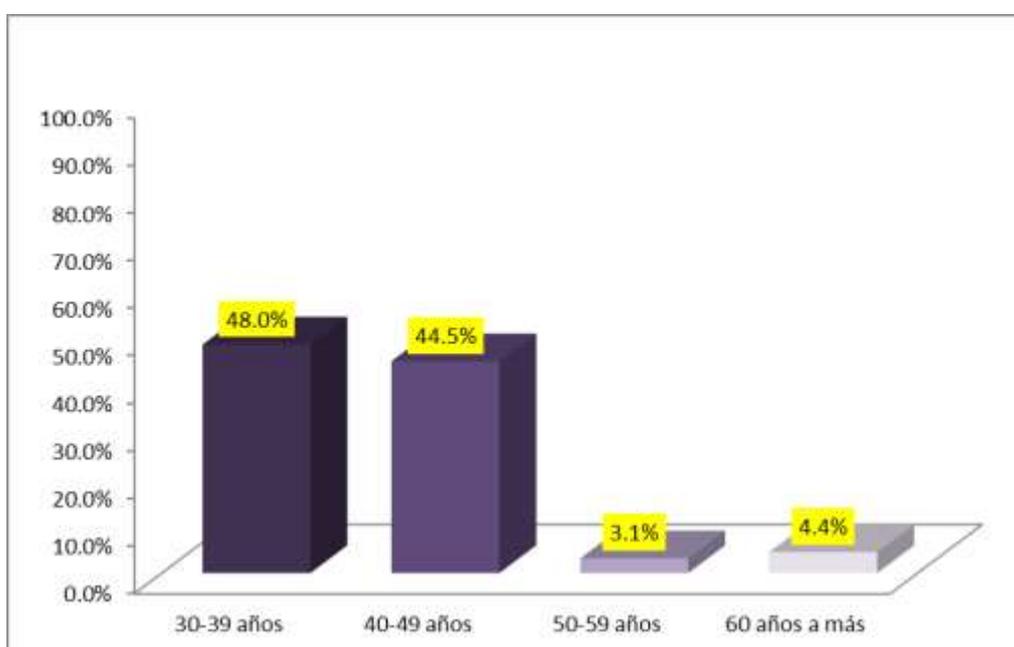
**Gráfico N°06. Distribución por nivel socioeconómico de los pacientes encuestados.**

### Resultados del objetivo específico n°2

- Según la muestra utilizada de 321 pacientes encuestados, se evidencia que el 48% (154) pacientes consideran que la edad más frecuente del cáncer gástrico es entre 30 - 39 años; 44,5%(143) lo consideran entre 40-49 años; 4,4%(14) lo consideran entre 60años a más y 3,1%(10) lo consideran entre 50-59 años.

**Tabla N°07. Edad de presentación más frecuente del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
60 años a más	14
30 - 39 años	154
40 - 49 años	143
50 - 59 años	10
Total	321

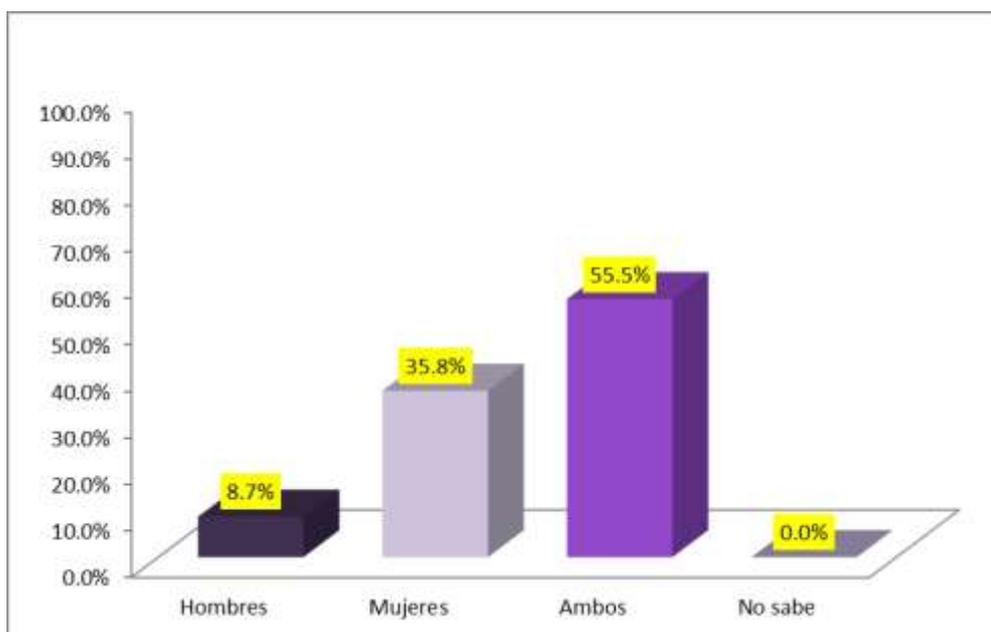


**Gráfico N°07. Edad de presentación más frecuente del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- Según la muestra utilizada de 321 pacientes encuestados, se evidencia que el 55.5% (178) pacientes consideran que tanto el sexo masculino como femenino se presentan el cáncer gástrico; un 35.8% (115) considera que las mujeres presentan mayor número de casos de cáncer gástrico; y un 8.7%(28) cree que es más frecuente en hombres.

**Tabla N°08. Sexo de presentación más frecuente del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
Hombres	28
Mujeres	115
Ambos	178
Total	321

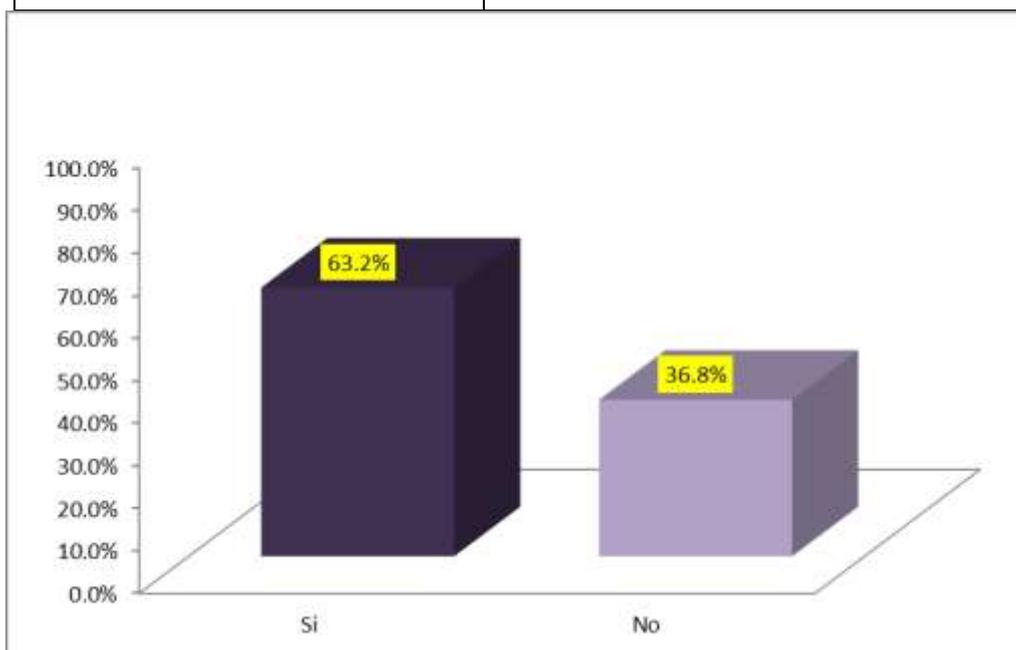


**Gráfico N°08. Sexo de presentación más frecuente del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- Según la muestra utilizada de 321 pacientes encuestados, se evidencia que el 63.2% (203) de pacientes considera que tener antecedentes familiares con cáncer gástrico representa un riesgo para desarrollar la enfermedad a diferencia del 36.8%(118) que no lo considera.

**Tabla N°09. Antecedentes familiares como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
Si	203
No	118
Total	321

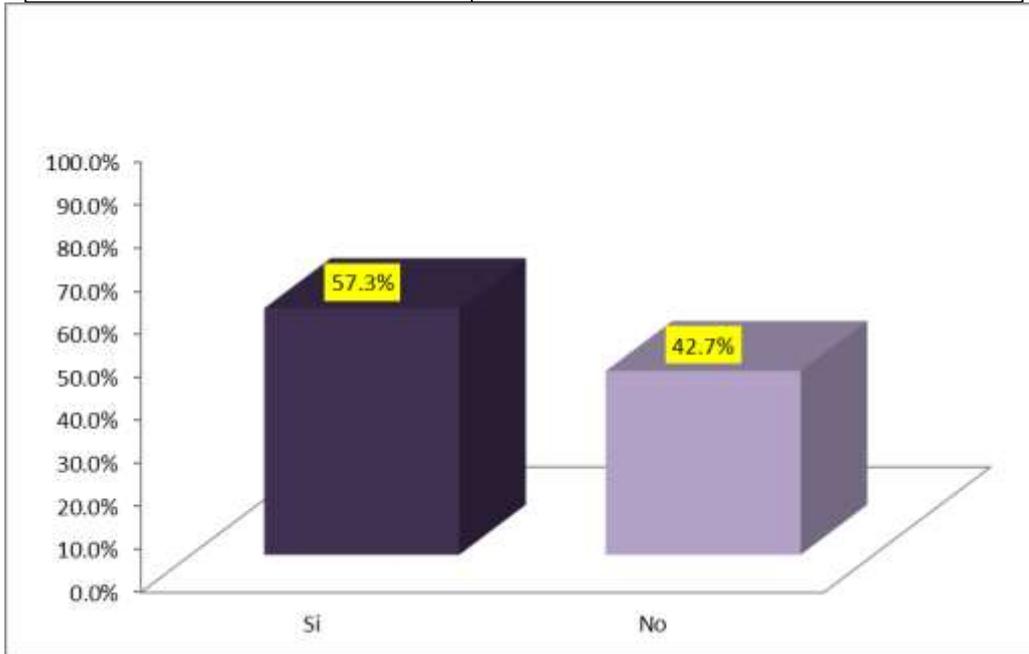


**Gráfico N°09. Antecedentes familiares como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- Según la muestra utilizada de 321 pacientes encuestados, se evidencia que el 57.3% (184) de pacientes considera que existen enfermedades que elevan el riesgo de padecer cáncer gástrico a diferencia del 42.7%(137) que no lo considera. \*

**Tabla N°10. Existencia de enfermedades como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
Si	184
No	137
Total	321

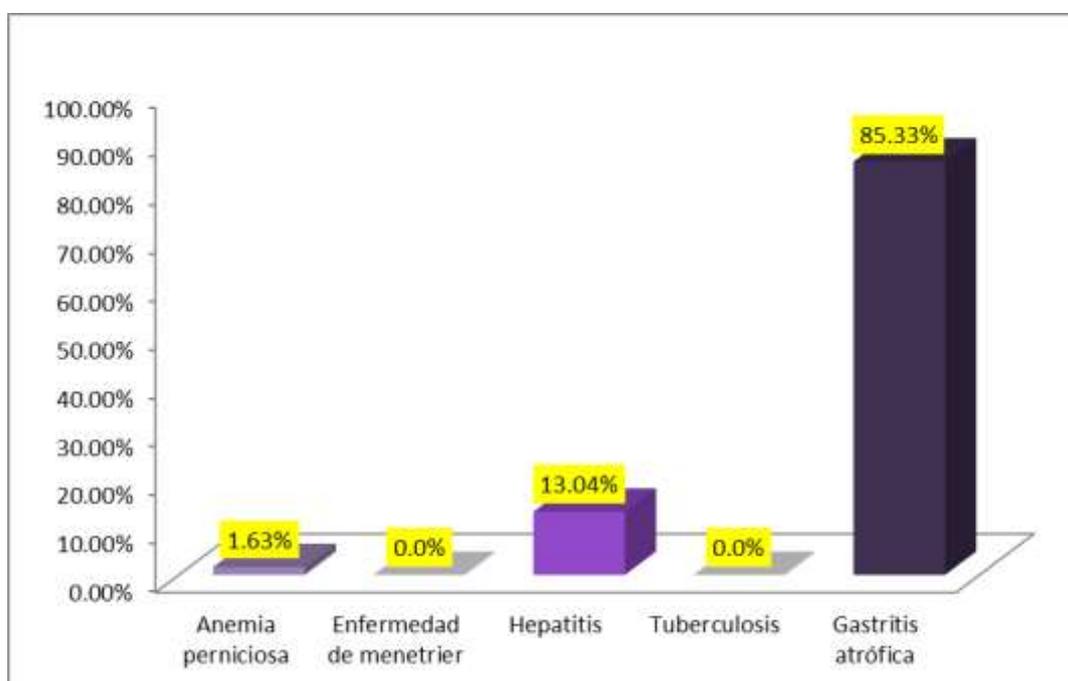


**Gráfico N°10. Existencia de enfermedades como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

\*Del total de esos pacientes que consideran la existencia de enfermedades como factor de riesgo para el cáncer gástrico (184), se evidencia que el 85.33% (157) considera que la Gastritis atrófica eleva el riesgo de padecer la enfermedad, 13.04%(24) lo atribuye a Hepatitis y un 1.63%(3) a Anemia perniciosa.

**Tabla N°11. Tipo de enfermedades como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
Anemia perniciosa	3
Enfermedad de menetrier	0
Hepatitis	24
Tuberculosis	0
Gastritis atrófica	157
Total	184

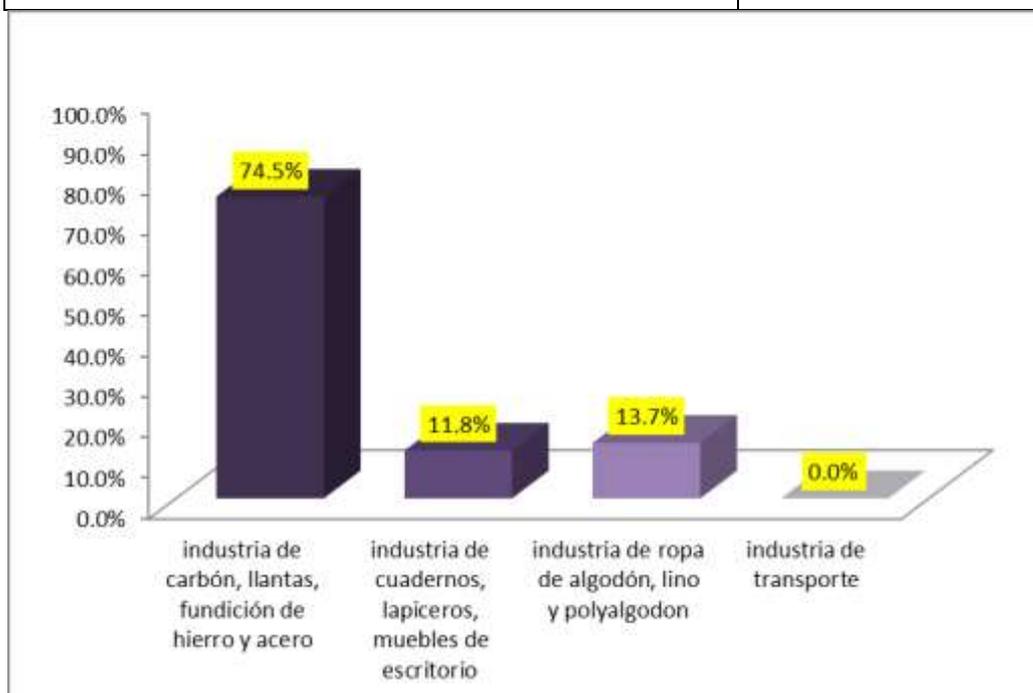


**Gráfico N°11. Tipo de enfermedades como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- Según la muestra utilizada de 321 pacientes encuestados, se evidencia que el 74.5%(239) de pacientes relaciona la industria de carbón, llantas, fundición de hierro y acero a la aparición del cáncer gástrico; 13.7%(44) señala que es por trabajar en la industria de ropa de algodón, lino y polyalgodon; y el 11.8%(38) señala que es por la industria de cuadernos, lapiceros, muebles de escritorio.

**Tabla N°12. Tipos de trabajo como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
industria de carbón, llantas, fundición de hierro y acero	239
industria de cuadernos, lapiceros, muebles de escritorio	38
industria de ropa de algodón, lino y polyalgodon	44
industria de transporte	0
Total	321

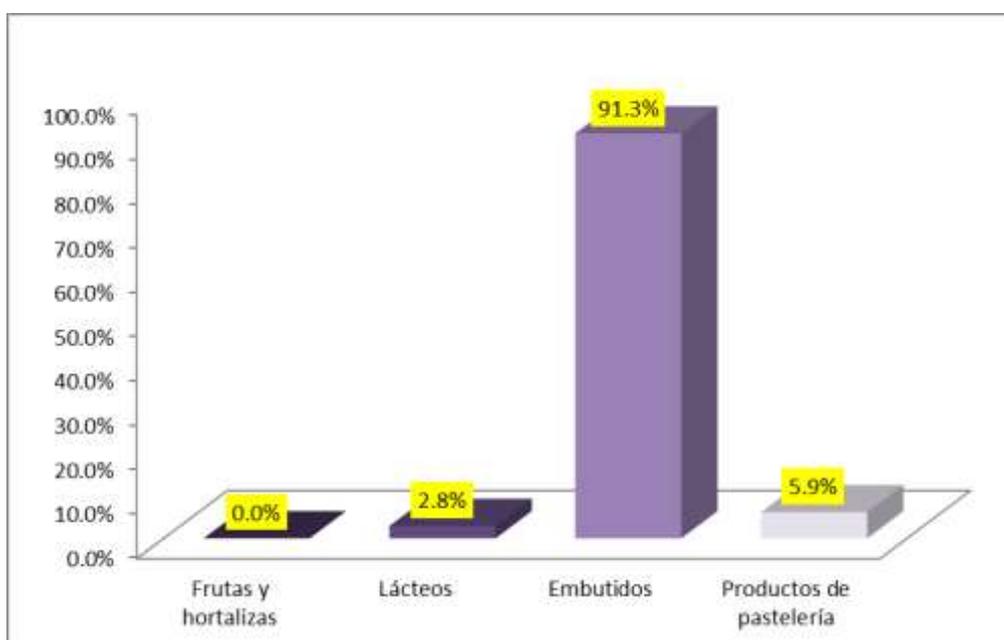


**Gráfico N°12. Tipos de trabajo como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- Según la muestra utilizada de 321 pacientes encuestados, se evidencia que el 91.3%(293) de pacientes relaciona al consumo de embutidos con la aparición del cáncer gástrico; 5.9%(19) lo relacionan con productos de pastelería; y 2.8%(9) lo relacionan con la ingesta de lácteos.

**Tabla N°13. Tipos de alimentos como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
Frutas y hortalizas	0
Lácteos	9
Embutidos	293
Productos de pastelería	19
Total	321

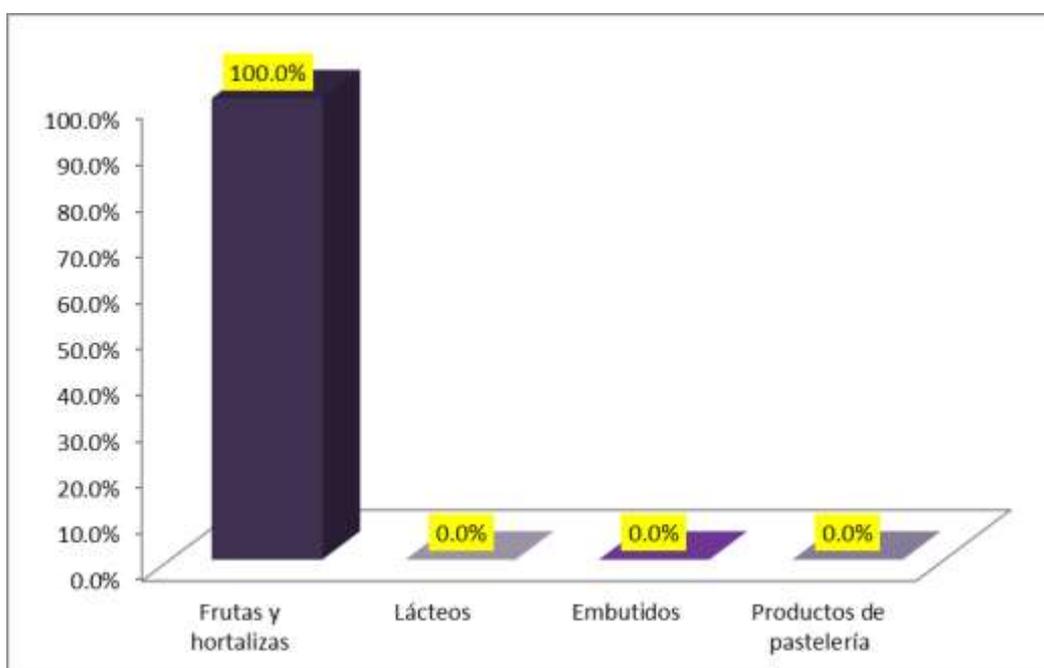


**Gráfico N°13. Tipos de alimentos como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- Según la muestra utilizada de 321 pacientes encuestados, se evidencia que el 100%(321) de pacientes considera a las frutas y hortalizas como alimentos protectores contra la aparición del cáncer gástrico.

**Tabla N°14. Alimentos protectores contra el cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
Frutas y hortalizas	321
Lácteos	0
Embutidos	0
Productos de pastelería	0
Total	321

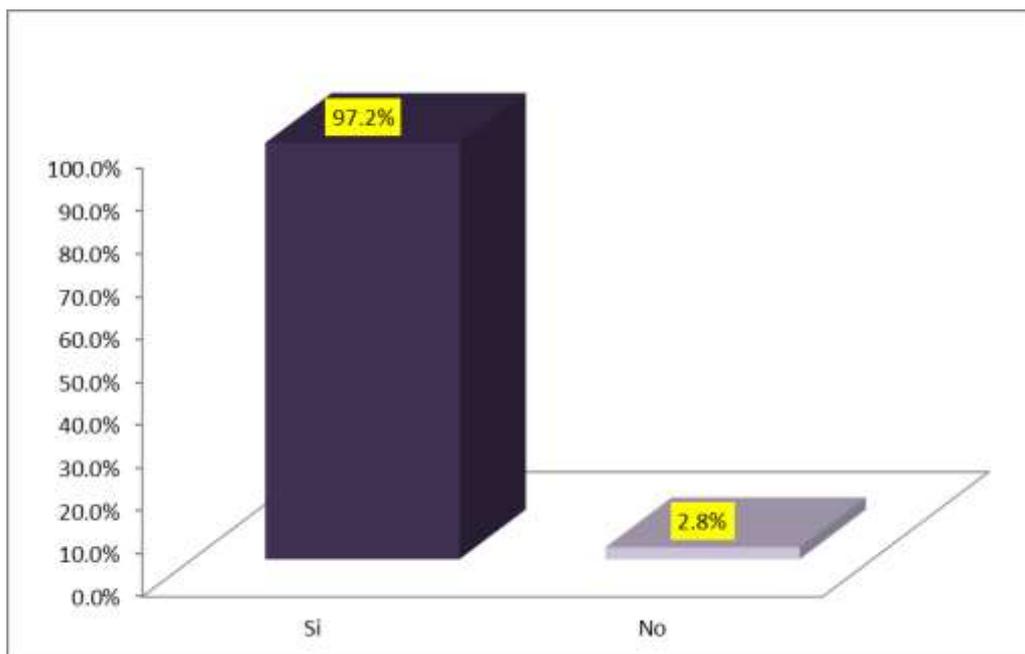


**Gráfico N°14. Alimentos protectores contra el cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- Según la muestra utilizada de 321 pacientes encuestados, se evidencia que el 97.2%(312) de pacientes considera que consumir alimentos preparados el día anterior aumenta el riesgo de padecer cáncer gástrico a diferencia del 2.8%(9) que no lo considera.

**Tabla N°15. Alimentos preparados el día anterior como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
Si	312
No	9
Total	321

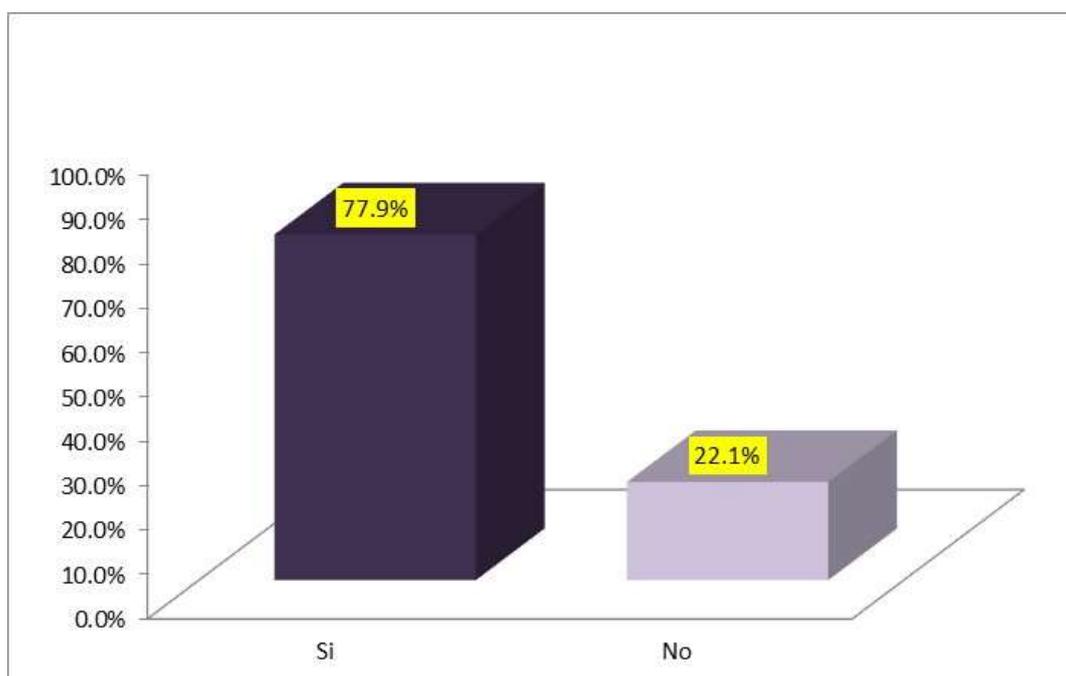


**Gráfico N°15. Alimentos preparados el día anterior como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- Según la muestra utilizada de 321 pacientes encuestados, se evidencia que el 77.9%(250) de pacientes considera que consumir sal en exceso aumenta el riesgo de padecer cáncer gástrico; mientras que el 22.1%(71) no lo considera.

**Tabla N°16. Consumo de sal en exceso como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
Si	250
No	71
Total	321

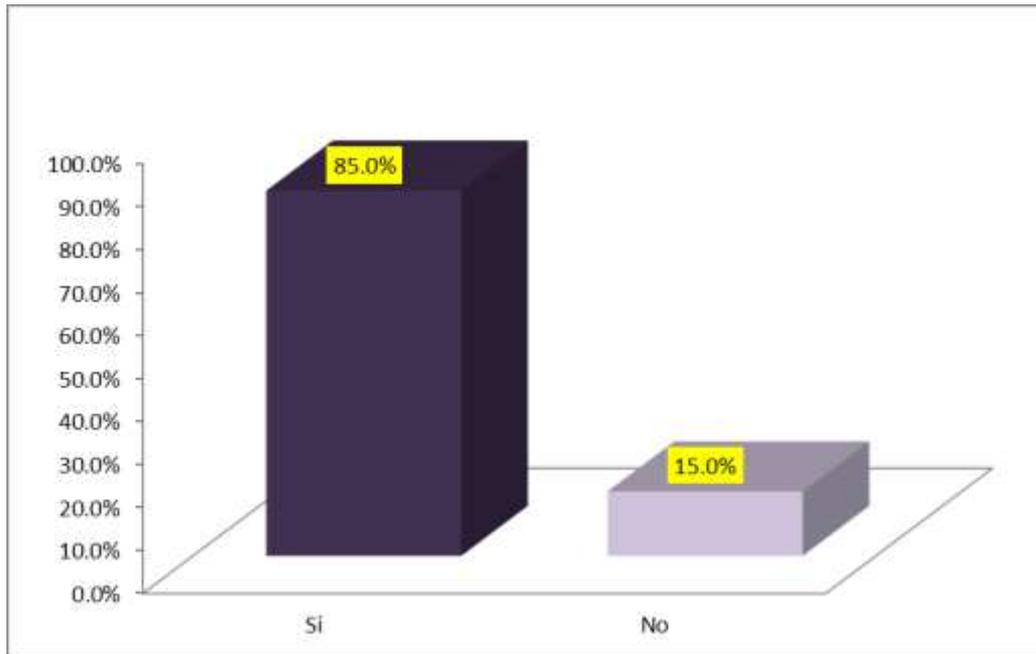


**Gráfico N°16. Consumo de sal en exceso como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- Según la muestra utilizada de 321 pacientes encuestados, se evidencia que el 85%(273) de pacientes considera que comer a cualquier hora el desayuno, almuerzo o cena aumenta el riesgo de padecer cáncer gástrico; mientras que el 15%(48) no lo considera.

**Tabla N°17. Horario en la ingesta de alimentos como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
Si	273
No	48
Total	321

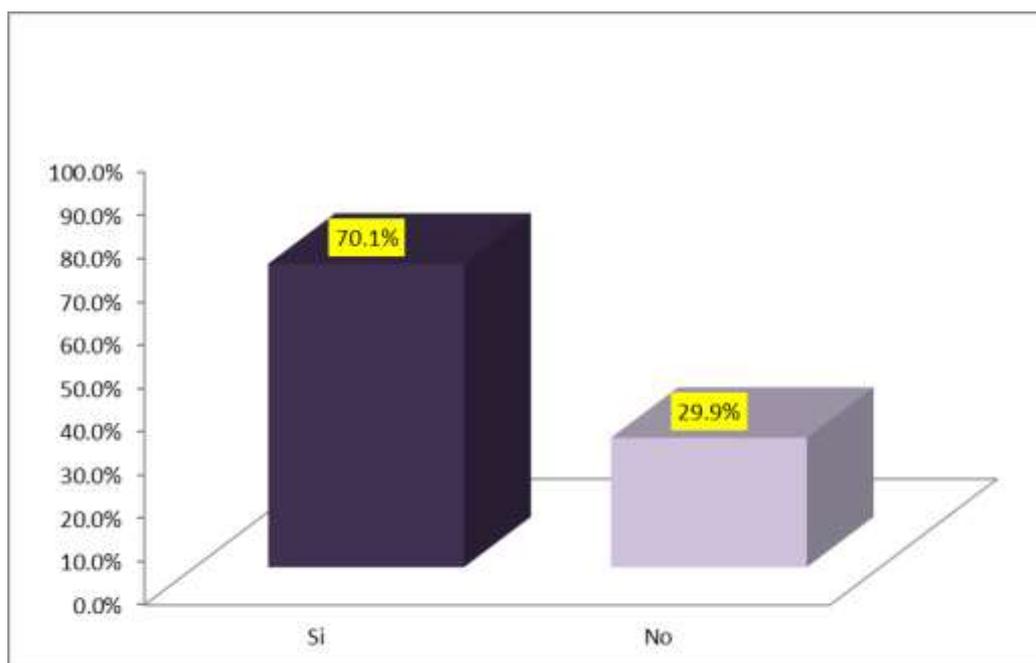


**Gráfico N°17. Horario en la ingesta de alimentos como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- Según la muestra utilizada de 321 pacientes encuestados, se evidencia que el 70.1%(225) de pacientes considera que la higiene personal y la de los alimentos reduce el riesgo de padecer cáncer gástrico, mientras que el 29.9%(96) no lo considera.

**Tabla N°18. Higiene de los alimentos como factor protector del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
Si	225
No	96
Total	321

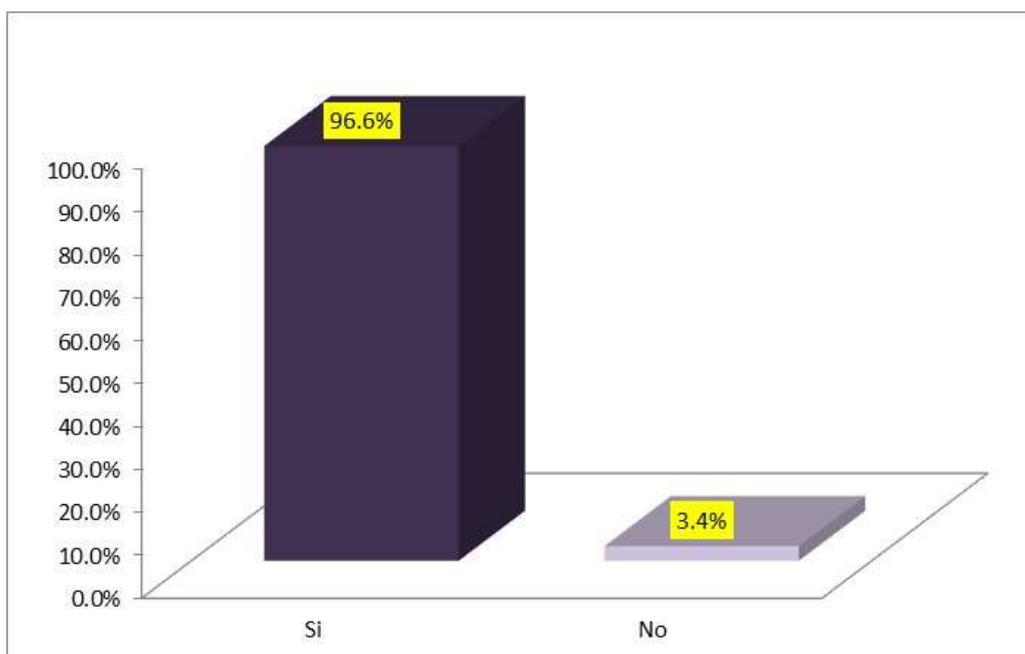


**Gráfico N°18. Higiene de los alimentos como factor protector del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- Según la muestra utilizada de 321 pacientes encuestados, se evidencia que el 96.6%(310) de pacientes considera que hábitos nocivos como el habito de fumar frecuentemente aumenta el riesgo de padecer cáncer gástrico, mientras que el 3.4%(11) no lo considera.

**Tabla N°19. Hábitos nocivos como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
Si	310
No	11
Total	321

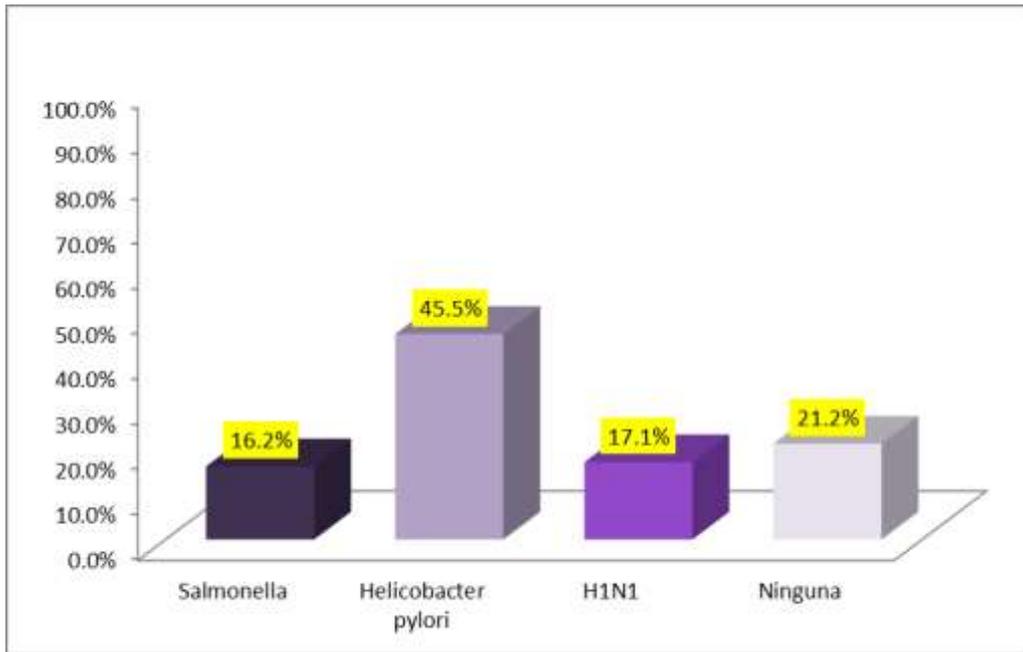


**Gráfico N°19. Hábitos nocivos como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- Según la muestra utilizada de 321 pacientes encuestados, se evidencia que el 45.5%(146) de pacientes considera que la bacteria que origina la aparición del cáncer gástrico es el *Helicobacter pylori*; 21.2%(68) no considera a ninguna de las alternativas; 17.1%(55) considera que la bacteria causante es el H1N1; y un 16.2%(52) considera que es la *Salmonella*.

**Tabla N°20. Tipo de bacteria causante del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
Salmonella	52
Helicobacter Pylori	146
H1N1	55
Ninguna	68
Total	321

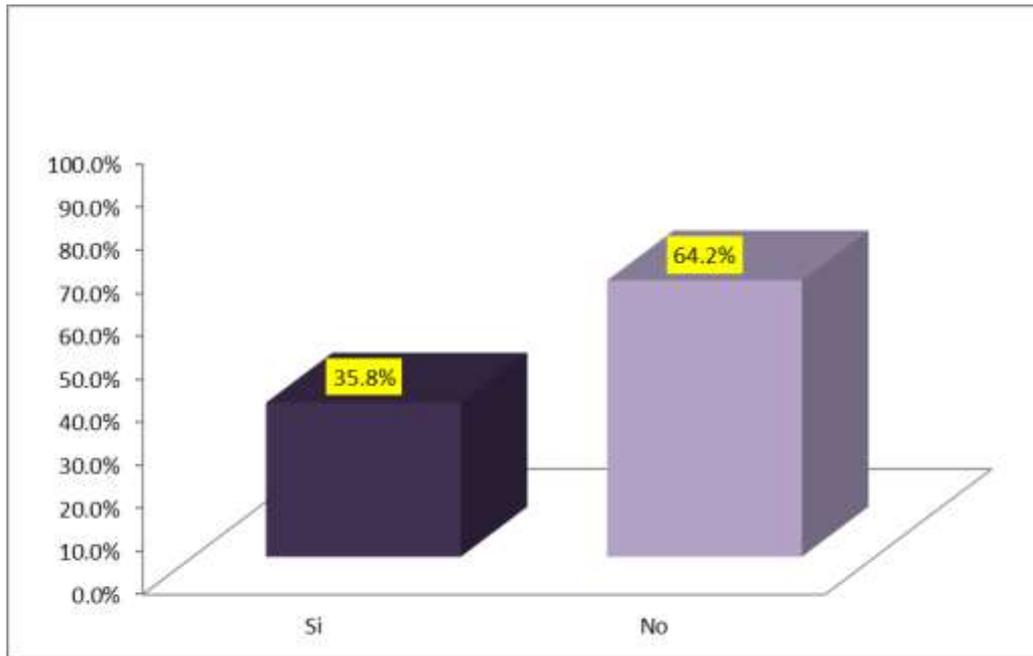


**Gráfico N°20. Tipo de bacteria causante del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- Según la muestra utilizada de 321 pacientes encuestados, se evidencia que el 64.2%(206) de pacientes no considera que la bacteria por si sola sea capaz de originar cáncer gástrico, mientras que el 35.8%(115) si lo considera.

**Tabla N°21. Bacteria como origen único del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
Si	115
No	206
Total	321

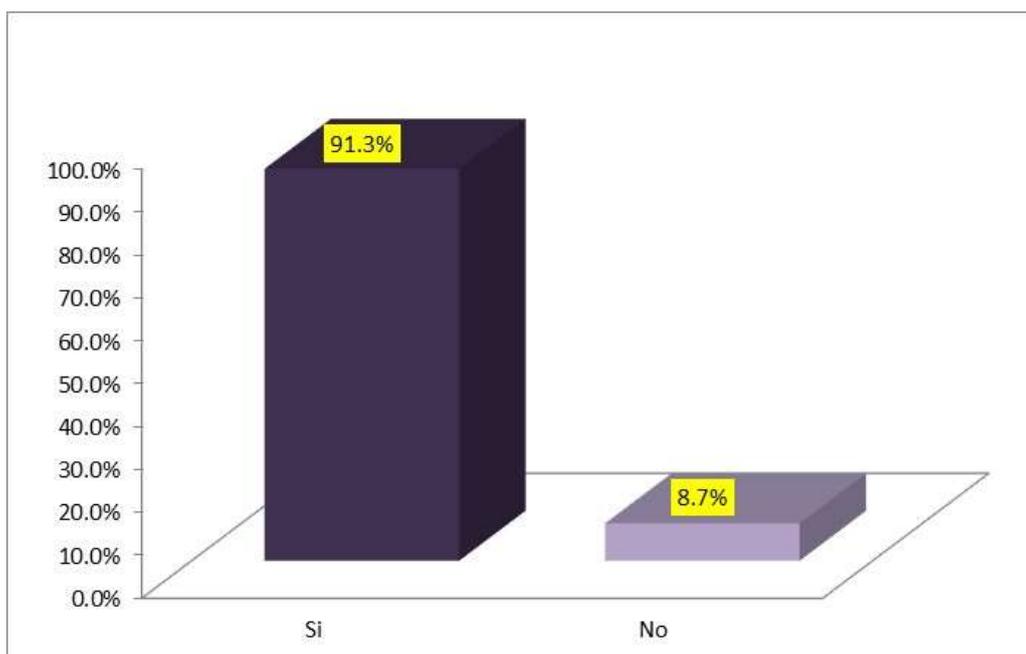


**Gráfico N°21. Bacteria como origen único del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- Según la muestra utilizada de 321 pacientes encuestados, se evidencia que el 91.3%(293) de pacientes considera que la bacteria podría causar lesiones en el estómago pudiendo convertirse en cáncer, mientras que el 8.7%(28) no lo considera.

**Tabla N°22. Lesiones que causa la bacteria como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Alternativas	Frecuencia
Si	293
No	28
Total	321

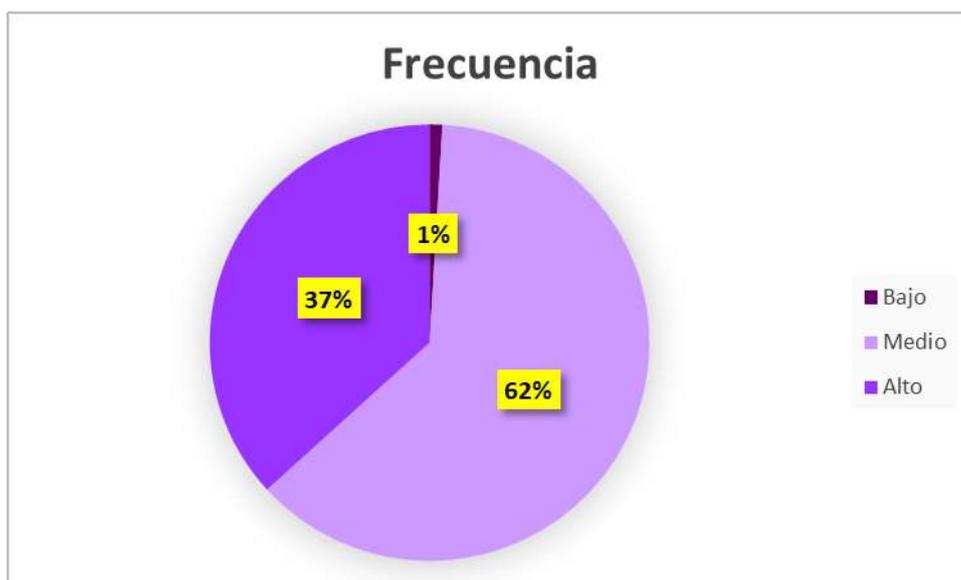


**Gráfico N°22. Lesiones que causa la bacteria como factor de riesgo del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- Con respecto al nivel de conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico, del total de pacientes atendidos en el consultorio externo del hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017 que fueron evaluados por medio de nuestro instrumento, el 62%(200) presentan un nivel de conocimiento medio; 37%(118) presentan un nivel de conocimiento alto y solo un 1%(3) presentan un nivel de conocimiento bajo.

**Tabla N°23. Distribución del nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

Nivel de conocimientos	Frecuencia
Bajo	3
Medio	200
Alto	118
Total	321

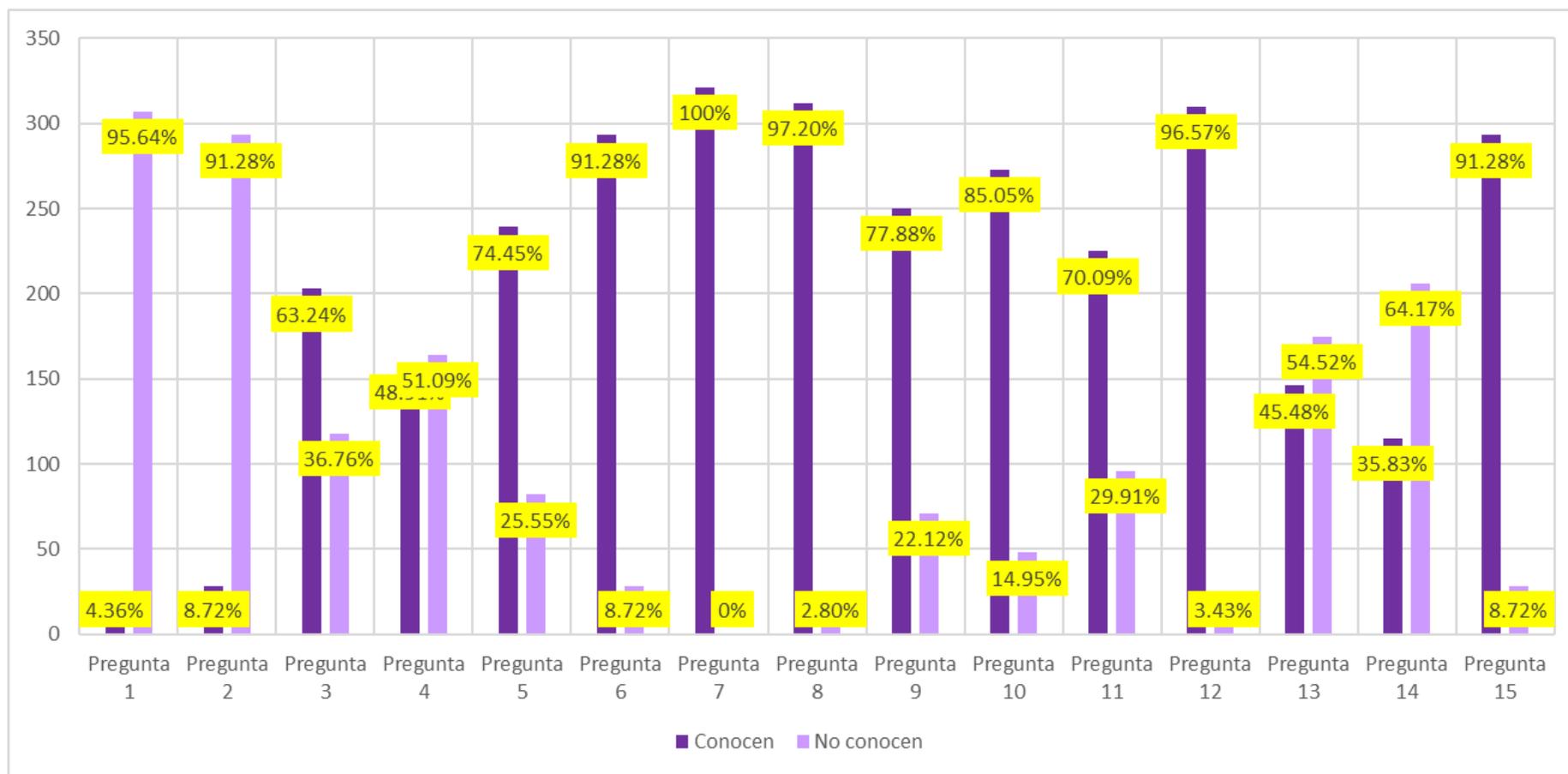


**Gráfico N°23. Nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

- A continuación, se muestra la proporción de pacientes atendidos en el consultorio externo del hospital Vitarte, Setiembre-Noviembre 2017 que tienen conocimiento sobre la prevención del cáncer gástrico.

**Tabla N°24. Proporción de respuestas de los pacientes sobre prevención del cáncer gástrico.**

Test de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico	Conocen	No conocen
Pregunta 1	14	307
Pregunta 2	28	293
Pregunta 3	203	118
Pregunta 4	157	164
Pregunta 5	239	82
Pregunta 6	293	28
Pregunta 7	321	0
Pregunta 8	312	9
Pregunta 9	250	71
Pregunta 10	273	48
Pregunta 11	225	96
Pregunta 12	310	11
Pregunta 13	146	175
Pregunta 14	115	206
Pregunta 15	293	28



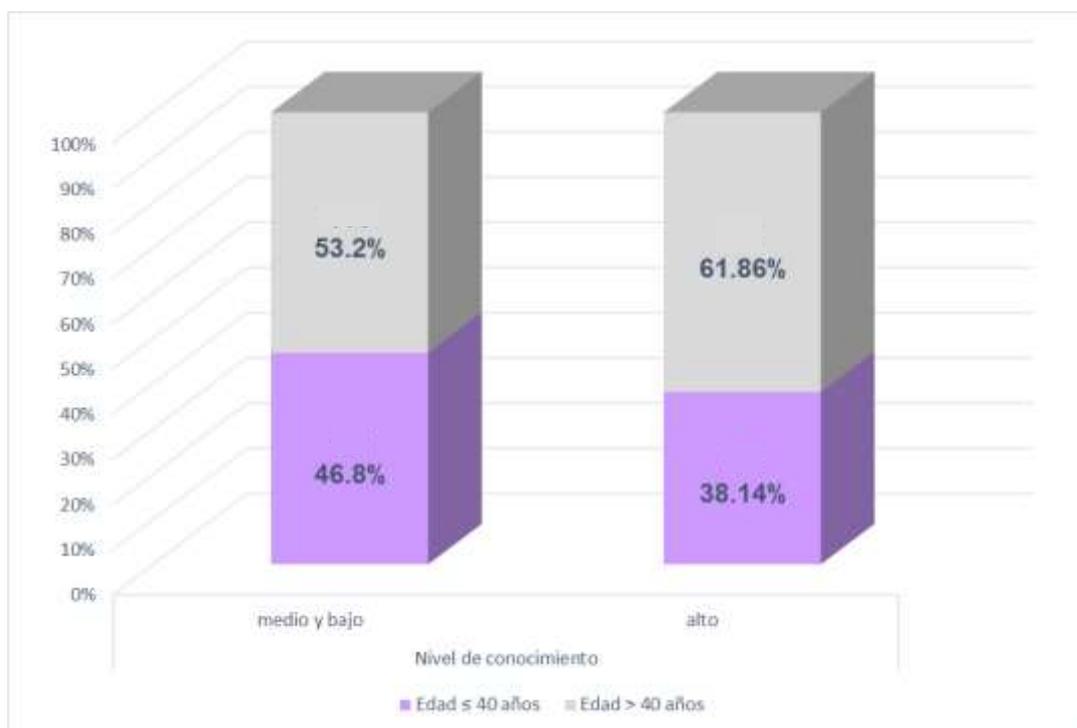
**Gráfico N°24. Conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes encuestados.**

### Resultados del objetivo específico 3

- Se encontró que el 46.8 % (95) de los pacientes que tenían nivel de conocimiento medio y bajo tenían menos de 40 años frente al 38.14 % (45) de esos mismos pacientes que tenían nivel de conocimiento alto, siendo esta relación no estadísticamente significativa ( $p=0.131$ ). Asimismo, se encontró que estos pacientes menores de 40 años tienen 1.42 (0.87-2.33) veces mayor nivel de conocimiento medio y bajo frente a los pacientes de 40 años o más.

**Tabla N°25. Asociación entre edad y nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.**

		Nivel de conocimiento		Total	X <sup>2</sup>	Valor p	OR	IC(95%)
		medio y bajo	alto					
Edad	< 40 años	95	45	140	2.28	0.131	1.42	0.87-2.33
	≥ 40 años	108	73	181				
	Total	203	118	321				



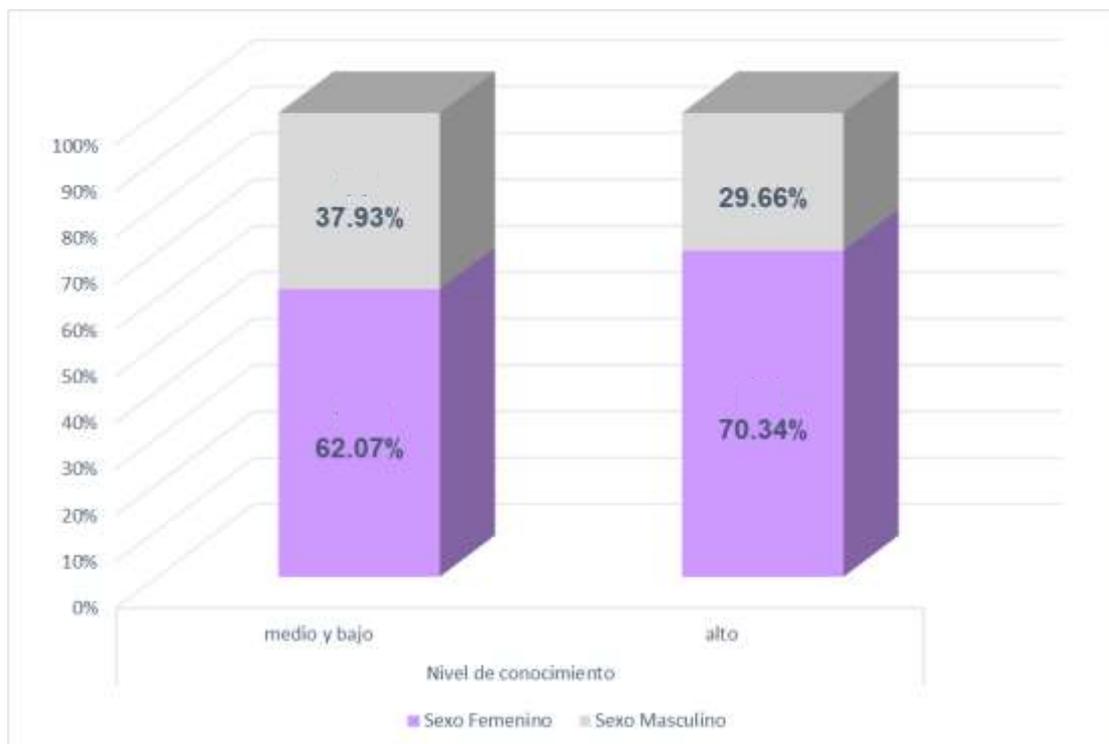
**Gráfico N°25. Edad y nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.**

#### Resultado del objetivo específico 4

- Se encontró que el 62.07% (126) de los pacientes que tenían nivel de conocimiento medio y bajo eran del sexo femenino frente al 70.34% (83) de ese mismo género que tenían nivel de conocimiento alto, siendo esta relación no estadísticamente significativa ( $p=0.133$ ). Asimismo, se encontró que los pacientes del sexo femenino tienen 0.69 (0.41-1.15) veces mayor nivel de conocimiento medio y bajo frente a los pacientes de sexo masculino.

**Tabla N°26. Asociación entre sexo y nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.**

		Nivel de conocimiento		Total	X <sup>2</sup>	Valor p	OR	IC(95%)
		medio y bajo	alto					
Sexo	Femenino	126	83	209	2.25	0.133	0.69	0.41-1.15
	Masculino	77	35	112				
	Total	203	118	321				



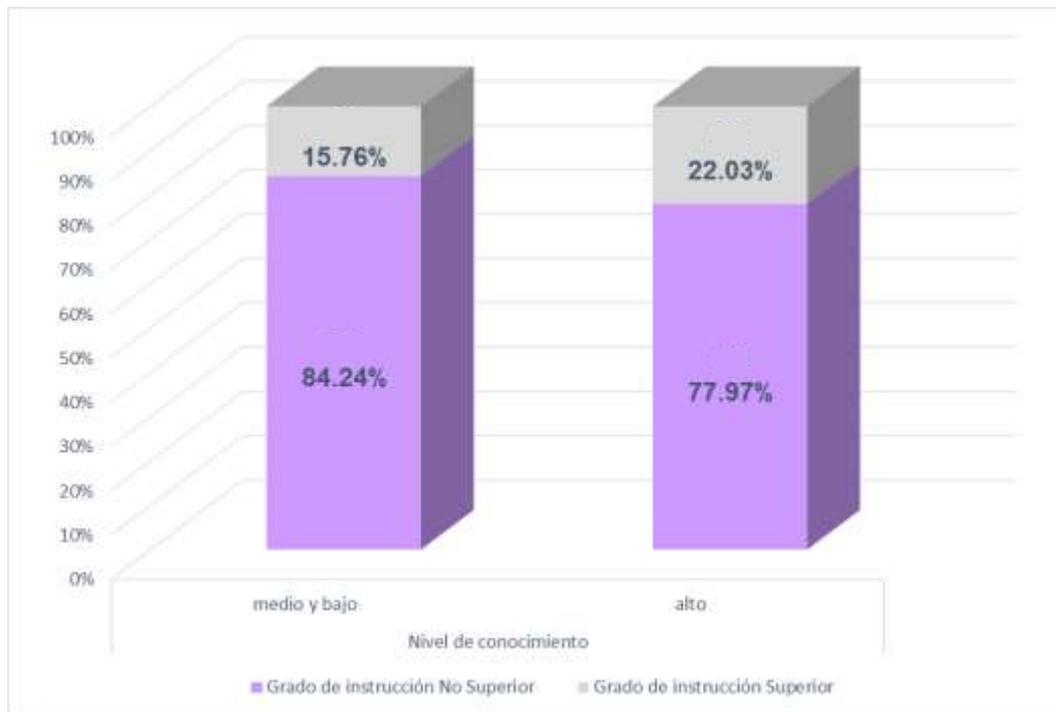
**Gráfico N°26. Sexo y nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.**

### Resultado del objetivo específico 5

- Se encontró que el 84.24% (171) de los pacientes que tenían nivel de conocimiento medio y bajo contaban con un nivel de instrucción no superior frente al 77.97% (92) de esos mismos pacientes que tenían nivel de conocimiento alto, siendo esta relación no estadísticamente significativa ( $p=0.159$ ). Asimismo, se encontró que los pacientes de nivel educativo No superior tienen 1.51 (0.81-2.79) veces mayor nivel de conocimiento medio y bajo frente a los pacientes con nivel educativo Superior.

**Tabla N°27. Asociación entre grado de instrucción y nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.**

	Grado de instrucción	Nivel de conocimiento		Total	X <sup>2</sup>	Valor p	OR	IC(95%)
		medio y bajo	y alto					
	No Superior	171	92	263	1.98	0.159	1.51	0.81-2.79
	Superior	32	26	58				
	Total	203	118	321				



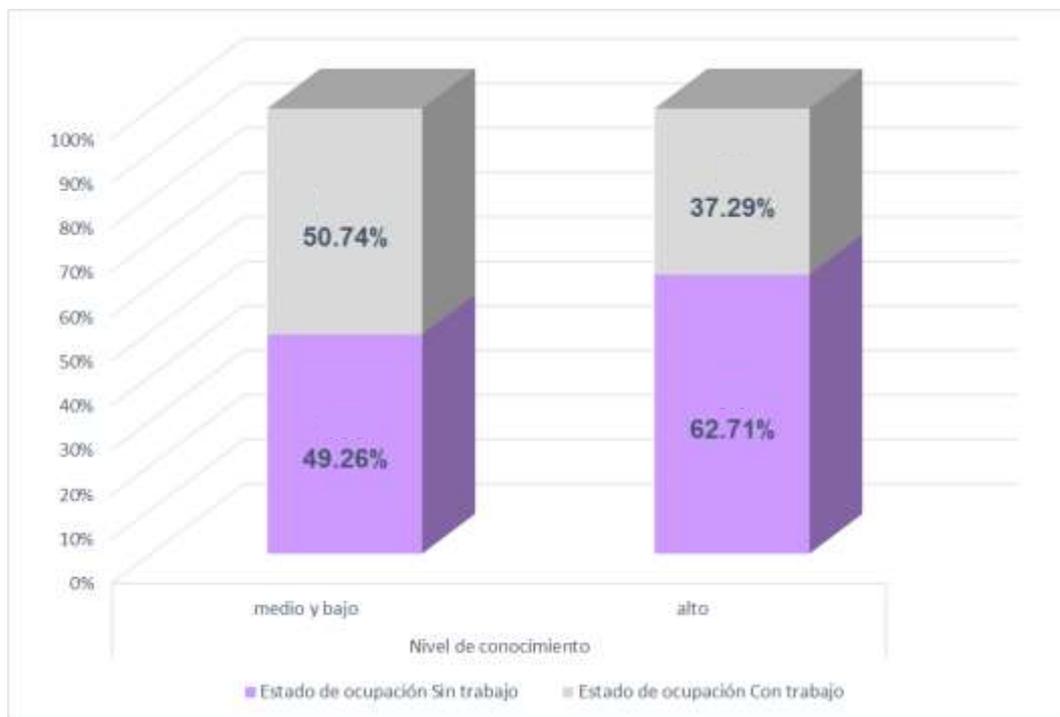
**Gráfico N°27. Grado de instrucción y nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.**

### Resultado del objetivo específico 6

- Se encontró que el 49.26% (100) de los pacientes que tenían nivel de conocimiento medio y bajo no tenían trabajo frente al 62.71% (74) de esos mismos pacientes que tenían nivel de conocimiento alto, siendo esta relación estadísticamente significativa ( $p=0.019$ ). Asimismo, se encontró que los pacientes que no cuentan con trabajo tienen 0.57 (0.35-0.94) veces mayor nivel de conocimiento medio y bajo frente a los pacientes que cuentan con trabajo.

**Tabla N°28. Asociación entre estado de ocupación y nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.**

	Estado de ocupación	Nivel de conocimiento		Total	X <sup>2</sup>	Valor <i>p</i>	OR	IC(95%)
		medio y bajo	y alto					
	Sin trabajo	100	74	174	5.44	0.019	0.57	0.35-0.94
	Con trabajo	103	44	147				
	Total	203	118	321				



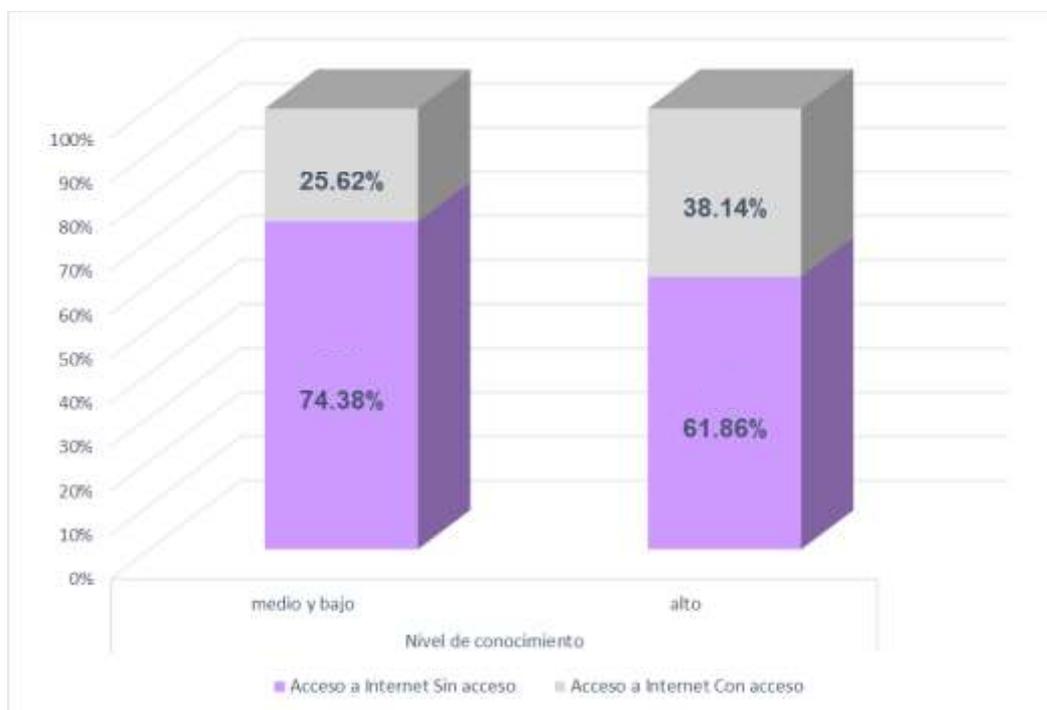
**Gráfico N°28. Estado de ocupación y nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.**

### Resultado del objetivo específico 7

- Se encontró que el 74.38 % (151) de los pacientes que tenían nivel de conocimiento medio y bajo no contaban con acceso a internet frente al 61.86% (73) esos mismos pacientes que tenían nivel de conocimiento alto, siendo esta relación estadísticamente significativa ( $p=0.018$ ). Asimismo, se encontró que los pacientes sin acceso a internet tienen 1.79 (1.06-2.99) veces mayor nivel de conocimiento medio y bajo frente a los pacientes que contaban con acceso a internet.

**Tabla N°29. Asociación entre acceso a internet y nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.**

		Nivel de conocimiento		Total	X <sup>2</sup>	Valor <i>p</i>	OR	IC(95%)
		medio y bajo	alto					
Acceso a Internet	Sin acceso	151	73	224	5.55	0.018	1.79	1.06-2.99
	Con acceso	52	45	97				
	Total	203	118	321				



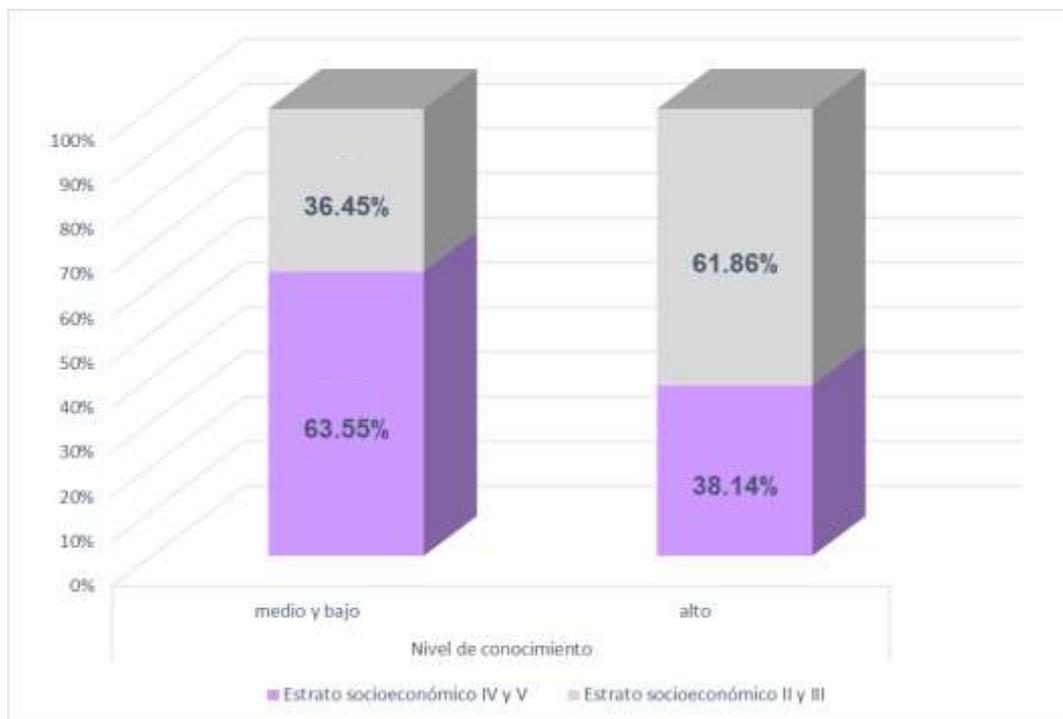
**Gráfico N°29. Acceso a internet y nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.**

### Resultado del objetivo específico 8

- Se encontró que el 63.55 % (129) de los pacientes que tenían nivel de conocimiento medio y bajo pertenecían a un estrato socioeconómico IV y V; frente al 38.14% (45) de los pacientes tenían nivel de conocimiento alto, siendo esta relación no estadísticamente significativa ( $p=0.001$ ). Asimismo, se encontró que los pacientes que pertenecían a estrato socioeconómico IV y V tienen 2.82 (1.72-4.64) veces mayor nivel de conocimiento medio y bajo frente aquellos que pertenecían a un estrato socioeconómico II y III.

**Tabla N°30. Asociación entre estrato socioeconómico y nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.**

	Nivel de conocimiento		Total	X <sup>2</sup>	Valor $p$	OR	IC(95%)
	medio y bajo	alto					
Estrato socioeconómico IV y V	129	45	174	19.41	0.001	2.82	1.72-4.64
Estrato socioeconómico II y III	74	73	147				
Total	203	118	321				



**Gráfico N°30. Estrato socioeconómico y nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.**

En la siguiente tabla se muestra el resumen del análisis bi variado

**Tabla N°31. Factores asociados al nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.**

Variable	Valores	Valor <i>p</i>	OR (IC 95%)
Edad	<40 años	0.131	1.42 (0.87-2.33)
	≥40 años		
Sexo	Femenino	0.133	0.69 (0.41-1.15)
	Masculino		
Grado de instrucción	No superior	0.159	1.51 (0.81-2.79)
	Superior		
Estado de Ocupación	Sin trabajo	0.019	0.57 (0.35-0.94)
	Con trabajo		
Acceso a internet	Sin acceso	0.018	1.79 (1.06-2.99)
	Con acceso		
Nivel socioeconómico	IV y V	0.001	2.82 (1.72-4.64)
	II y III		

En la siguiente tabla se muestra el resumen del análisis multivariado

**Tabla N°32. Análisis multivariado de los factores asociados al nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.**

Variable	Valores	Valor <i>p</i>	OR (IC 95%)
Estado de ocupación	Sin trabajo	0.037	0.59 (0.36-0.96)
	Con trabajo		
Acceso a internet	Sin acceso	0.056	1.65 (0.98-2.77)
	Con acceso		
Nivel socioeconómico	IV y V	0.001	2.85(1.74-4.64)
	II y III		

## 5.2. DISCUSIÓN

Partiendo del nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico de los pacientes que fueron encuestados en el hospital Vitarte, la mayoría (62.31%) resultó tener un nivel de conocimiento medio, una pequeña proporción (0.93%) arrojó un nivel de conocimiento bajo y, sin embargo, un moderado porcentaje (36.76%) obtuvo un nivel de conocimiento alto. Por lo que se podría decir que, en general estos pacientes tienen un nivel de conocimientos medio con tendencia a alto sobre la prevención de esta enfermedad. Estos resultados difieren un poco del estudio realizado por Kelly Cutipa clemente, titulado “Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en usuarios del C.S Primavera en el distrito El agustino, 2010” en el que se observó que del 100% (72) de usuarios encuestados, el 54% (39) obtuvo un nivel de conocimiento medio, 31%(22) obtuvo un nivel de conocimiento bajo y un 15%(11) un nivel conocimiento alto, concluyendo que el nivel de conocimientos de esos usuarios es medio con tendencia a bajo. Esto podría explicarse a que actualmente existe más información en los medios de comunicación masivos como televisión, radio, internet, etc. sobre muchas enfermedades incluyendo el cáncer de estómago y siendo ésta una enfermedad que representa una de las principales causas de muerte en nuestro medio, pero que a su vez es potencialmente prevenible, ellos pudieron haber recibido información sobre cómo prevenir su desarrollo. Además; es importante resaltar que todos estos pacientes han sido encuestados en consultorio, es decir que, son pacientes que de alguna forma llevan un control de su salud o son personas que prestan atención a su salud que aquellos pacientes que nunca acuden a alguna consulta médica. Esos pacientes puede que tengan un mejor conocimiento sobre prevención de enfermedades incluyendo el cáncer gástrico ya que se preocupan por tener una mejor calidad de vida a futuro y por esto mismo podrían informarse mejor sobre cómo evitar el desarrollo de las dolencias que acontece su entorno y/o en el mundo.

Múltiples factores de riesgo inciden en la prevalencia del Cáncer gástrico como la edad. Si bien nuestros pacientes que obtuvieron un nivel de conocimiento medio y bajo eran menores de 40 años frente a los que obtuvieron conocimiento alto, esta variable no está asociada al nivel de

conocimientos, no es una asociación estadísticamente significativa( $p=0.131$ ). Esto se debe a que es posible que las personas de cualquier edad están expuestas a una gran cantidad de información sea falsa o verdadera, incluso las personas de mayor edad podrían no tener tanta habilidad en el manejo de información como por ejemplo la que proviene vía internet, pero, sin embargo, si están expuestos a la información de medios masivos como la televisión, radio, prensa escrita, así como también lo están las personas de baja edad. Por lo tanto, la mayoría de nuestros pacientes encuestados acceden a una buena proporción de medios y conocimientos que no hacen una diferencia significativa debido a que la población podría recibir información de cualquier medio. Nuestros resultados difieren con el trabajo hecho por Regina Domínguez Anaya, Esmeria Tapia Caez, Jacqueline Hernández Escolar e Irma Yolanda Castillo Avila, titulado “Edad y nivel educativo asociados al conocimiento sobre signos de alarma para infecciones respiratorias en madres adolescentes” donde encontraron que ser mayor de 17 años aumenta la probabilidad de reconocer por lo menos tres signos alarma, concluyendo que determinantes personales como la edad impactan de forma positiva en los conocimientos de las madres sobre los signos de alarma de IRA. Cabe resaltar que en nuestra investigación se incluyó pacientes entre los 18 a 65 años, con una mediana de 40 años.

Al estudiar al sexo como factor asociado a tener un nivel de conocimientos bajo, medio o alto sobre prevención del cáncer gástrico, encontramos que el 62.07% de aquellos que obtuvieron un nivel de conocimiento medio y bajo pertenecían al sexo femenino frente al 70.34% de aquellas que obtuvieron un nivel de conocimiento alto, sin embargo, esta asociación no fue significativa( $p=0.133$ ). Esto significa que, el sexo no ha influido en tener un conocimiento inadecuado o adecuado, debido a que el nivel de inteligencia no depende del sexo biológico con el que se nace; ambos sexos tienen las mismas capacidades mentales solo que desarrolladas en distintas formas. Por otro lado, como el cáncer gástrico es una enfermedad que se desarrolla progresivamente, siendo más frecuente en los hombres, probablemente, en ellos se ha despertado un poco el sentido de preocupación en su prevención y han podido tener más información de cómo evitar su desarrollo.

Con respecto al grado de instrucción, éste provee los niveles de conocimiento intelectual necesarios para participar de manera efectiva en la sociedad mejorando así distintos ámbitos de la vida como su salud. En esta investigación, no hubo asociación significativa ( $p=0.159$ ) entre contar con un nivel de educación no superior y tener un nivel de conocimiento medio y bajo frente aquellos que tuvieron un nivel de conocimiento alto. Esto podría ser debido a que la principal fuente de información sobre enfermedades y su prevención no es el colegio ni universidad salvo carreras de salud, sino, son otras fuentes de información, ya sean campañas proporcionadas por el Ministerio de Salud, publicidad o información en radio y televisión, internet, etc. Nuestro estudio difiere del trabajo hecho por Rodrigo Sánchez Humala, Wendy Karina Sánchez Donayres, Yorika Belinda Sánchez Yupanqui y María Cristina Medina Pfucker, titulado “Nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención de parasitosis por las madres que acuden al Puesto de Salud “Las Flores”, Santiago de Surco, Lima” donde si existió asociación estadística significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento de las madres de Familia.

Por otro lado, se demuestra a través del análisis de información de datos de los entrevistados que, de aquellos que obtuvieron un nivel de conocimiento medio y bajo no contaban con trabajo (49.26%) frente al 62.71% que obtuvieron un nivel de conocimiento alto, obteniendo una asociación estadísticamente significativa ( $p=0.019$ ). Esto puede explicarse debido a que la población desempleada al tener menos productividad en su vida cotidiana, adoptan actitudes pasivas pudiéndose volver pocos conscientes de la importancia de su salud ya que podría verse involucrados factores como la depresión al no obtener los ingresos que espera disminuyendo así las proyecciones de su futuro. Lo que acarrearía problemas alimenticios, trastornos del sueño, hábitos nocivos, etc.

Por otra parte, tener acceso a internet, facilita tener todo tipo de conocimientos de manera rápida y factible, por ende, permite que los usuarios tengan acceso a áreas de conocimiento diferentes a las que encuentran en su entorno cotidiano, permitiendo así adquirir nuevos conocimientos y/o actualizarse de los mismos y tomando acciones al respecto. En nuestro estudio el 74.38% de los pacientes encuestados que obtuvieron un nivel de

conocimiento medio y bajo no tenían acceso a internet frente al 61.86% de aquellos que obtuvieron un nivel de conocimiento alto, existiendo una relación estadísticamente significativa ( $p=0.018$ ). Esto podría decir que, las personas que no tienen internet tienen menos conocimientos debido a que gran parte de la información que se puede obtener sobre prevención del cáncer gástrico proviene del internet; entonces las personas que no tienen internet están con menos posibilidades de poder obtener información actualizada de esta enfermedad. Esta investigación coincide con el trabajo realizado por Sandy Karyna Martinez Poves, titulado “Uso del internet y su influencia en los conocimientos y actitudes sobre el embarazo, en gestantes atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante el año 2014” donde concluyó que el uso del internet influyó en el conocimiento ( $p<0.001$ ) y las actitudes ( $p=0.002$ ) sobre el embarazo, en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014, puesto que en el grupo que hizo uso del internet se encontró conocimiento “Alto” y actitud “Favorable”, en mayor porcentaje, comparado con las que no hicieron uso de internet.

Por último, se cree que el nivel socioeconómico representa un rol importante en las desigualdades en salud. Los pocos ingresos podrían conllevar a tener una limitada o no contar con una cobertura de seguro médico lo que influiría en el acceso a la detección temprana y/o tratamiento de las enfermedades que pudieran presentarse en la vida. Estas poblaciones de menor recurso pueden tener acceso limitado a una nutrición saludable conduciendo a comportamientos de riesgo. En nuestro estudio, asociando el estrato socioeconómico a tener un nivel de conocimiento bajo, medio o alto según los resultados obtenidos, se vio que el 63.55% de la población que obtuvieron un nivel de conocimiento medio y bajo se encontraban en un estrato socioeconómico IV y V frente al 38.14% de aquellos que obtuvieron un nivel de conocimiento alto, siendo esta asociación estadísticamente significativa ( $p=0.001$ ). Esto podría explicarse en el sentido de que esta población estudiada representa los niveles más bajos del estrato socioeconómico, calificados por tener una condición precaria y/o con incapacidad para cubrir sus necesidades básicas, haciendo prioritario la búsqueda por el salario diario para subsistir descuidando su salud, a pesar de que el Ministerio de salud del país pone a su disposición programas como el Aseguramiento Universal en

Salud para su atención, esta población no acude o lo hace solo cuando ya es demasiado tarde. A su vez, estas condiciones de vivienda en las que habitan, muchas de ellas con servicios sanitarios deficientes, espacios muy reducidos, alimentación no adecuada, entre otras características propician la aparición de enfermedades, como el cáncer gástrico. Nuestro estudio comparte similitud con la investigación hecha por Ramiro Caballero Hoyos y Alberto Villaseñor Sierra, titulado “El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes” donde concluyen que el estrato socioeconómico es un importante factor predictor del uso consistente del condón. Desde esa perspectiva, un nivel socioeconómico bajo podría llevar a conductas de riesgo para enfermedades.

## **CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **CONCLUSIONES**

- No existe asociación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en los pacientes que fueron encuestados en los consultorios externos del Hospital Vitarte.
- La asociación entre el sexo y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer en los pacientes que fueron encuestados en los consultorios externos del Hospital Vitarte no fue estadísticamente significativa.
- La asociación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en los pacientes que fueron encuestados en los consultorios externos del Hospital Vitarte no fue estadísticamente significativa.
- Existe asociación estadísticamente significativa entre no tener ocupación y tener un nivel de conocimiento medio y bajo sobre prevención del cáncer gástrico.
- Existe asociación estadísticamente significativa entre no contar con acceso a internet y tener un nivel de conocimientos medio y bajo sobre prevención del cáncer gástrico.
- Existe asociación estadísticamente significativa entre pertenecer a un nivel socio económico IV y V y tener un nivel de conocimientos medio y bajo sobre prevención del cáncer gástrico.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda que se refuerce el nivel de conocimientos de la población a fin de concientizar sobre las correctas medidas de prevención del cáncer gástrico para así evitar su desarrollo ya que muchas veces es de clínica silenciosa, para poder así disminuir la incidencia y/o prevalencia del cáncer gástrico.
- Se sugiere que a nivel nacional el Ministerio de Salud continúe fortaleciendo los programas de prevención de las enfermedades no transmisibles, organizando charlas informativas a través de medios de comunicación de señal abierta.
- Se recomienda que el gobierno otorgue más presupuesto a este tipo de programas de prevención primaria para que continúe en su trabajo y así se pueda disminuir la incidencia del cáncer gástrico en nuestro país mediante el uso de los conocimientos de la población.
- Se recomienda proponer programas de capacitación sobre medidas de prevención a la población en general, reforzando sus conocimientos a través de evaluaciones para asegurarse que se está recibiendo la información correcta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martinich Seguich, M. Sobrevida de pacientes con cáncer gástrico atendidos en el Hospital Regional de la ciudad de Punta Arenas. Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública, Chile, 2007.
2. Verdalet Olmedo, M. Factores Asociados al Desarrollo de Cáncer Gástrico en Pacientes del CECan. Tesis para obtener el grado de Maestra en Salud Pública. Universidad Veracruzana, Veracruz, México, 2009.
3. López Cañizares, L., Machuca Serrano, T. y Maldonado Espinoza, M. Los factores de riesgo asociados a cáncer gástrico en pacientes diagnosticados desde 2000 al 2010 en el Instituto del Cáncer, Solca – Cuenca. Tesis previa a la obtención del título de médico y médica, Universidad de Cuenca, Ecuador, 2012.
4. Solís Alcívar, D. Incidencia y perfil clínico de cáncer gástrico en pacientes atendidos en el Área de Gastroenterología en el Hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón en el periodo de enero 2012 a diciembre 2014. Tesis para optar el título de médico. Universidad de Guayaquil, Ecuador, 2015.
5. Pérez Rodríguez, S. y Rodríguez Rubinos, R., González Hernández, A. y Álvarez Delgado, M. en su estudio sobre Caracterización del cáncer gástrico en pacientes del municipio Caimito. Centro Nacional de Toxicología. La Habana. Cuba, 2012.
6. Lancheros Galvis, N. Factores alimentarios y nutricionales asociados al cáncer gástrico y presencia de helicobacter pylori a nivel mundial 1995-2013: Revisión del Estado del Arte. Tesis para optar al título de Nutricionista Dietista. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, 2013.

7. Zambrano Plata, G., Flórez Villamizar, M., Lozano Avendaño, L. y Rubio Meneses, Y. Prevalencia de los factores de riesgo para cáncer gástrico en universitarios. Universidad de Francisco de Paula Santander. Colombia, 2014.
8. Ulloa Meza, F. y Molina Marín, L. Factores de riesgo de cáncer gástrico en pacientes diagnosticados en el Departamento de Patología del “Hospital San Juan de Dios, de Estelí, durante enero de 2010 a agosto de 2012. Tesis para título de doctor en medicina y cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Nicaragua, 2013.
9. Herrero R, Parsonnet J, Greenberg ER. Prevention of Gastric Cancer. JAMA. 2014;312(12):1197–1198.
10. Daza Duque, D. Cáncer gástrico en Colombia entre 2000 y 2009. Universidad del Rosario – Universidad CES, Bogotá, Colombia, 2012.
11. Rondán Guerrero, F. Factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en pacientes atendidos en el consultorio externo del servicio de gastroenterología del HNHU durante el año 2014. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma, Perú, 2016.
12. Cutipa Clemente, K. Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en usuarios del C.S. Primavera en el distrito El Agustino, 2010. Tesis para optar por el Título Profesional de Licenciada en enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, 2010.
13. Villanueva Rivera, M. Conocimientos y actitudes sobre prevención del cáncer de estómago en estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015. Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Universidad de Huanuco, Perú, 2016.
14. Campos Guzmán, R. Tratamiento quirúrgico y análisis de sobrevida del cáncer gástrico avanzado. Tesis para optar grado académico de maestría

en medicina con mención en cirugía general. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú, 2013.

15. Rivera Romaní, J. Complicaciones de la gastrectomía por cáncer gástrico Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2010 – 2012, Tesis para optar el título de especialista en cirugía general. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú, 2015.

16. Sánchez Arias, C., Características sociodemográficas, hábitos de consumo alimentario y sustancias nocivas en pobladores con diagnóstico de gastritis y que acuden al centro de Salud de Quilmaná – Cañete 2014. Tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú, 2014.

17. Paul Pilco, S., Nazario Ortiz, C., Néstor Juárez, K., Edwin Velásquez, I. Cáncer gástrico en un hospital general: Hospital Santa Rosa. Revista de Gastroenterología del Perú, Lima, Perú, 2009.

18. Reinhold E. teoría del conocimiento [Internet]. Ciencias filosóficas; [citado 2015 marzo 23], disponible en: <http://www.mercaba.org/Filosofia/PDF/Tor%C3%ADa%20del%20Conocimiento.pdf>

19. Trejo Martínez F. Aplicación del Modelo de Nola Pender a un Adolescente con Sedentarismo.2010.[fecha de acceso 25 de setiembre];9(1).URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101j.pdf>

20. Ramírez A. y Sánchez R., Helicobacter pylori y cáncer gástrico. Rev. gastroenterol. Perú [online]. 2008, vol.28, n.3 [citado 2015-04-02], pp. 258-266. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/gastro/vol28n3/pdf/a08v28n3.pdf>

21. Gunderson LL, Donohue JH, Alberts SR. Cancer of the stomach. In: Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE et al., eds. Abeloff's Clinical Oncology. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill-Livingstone; 2008: chap 79.
22. Moncayo H. Nieto J. Vinuezca J. Ferro M. 2009. Asociación Colombiana de cirugía. Guías de manejo de cirugía de Cáncer Gástrico. URL [disponible en: http://www.ascolcirugia.org/guiasCirugia/cancer%20gastrico.pdf](http://www.ascolcirugia.org/guiasCirugia/cancer%20gastrico.pdf) [citado 4 febrero de 2013]
23. Fauci A, Braunwald E, Isselbacher K, Wilson J, Martin J, Kasper D, Hauser S, Longo D. Harrison Principios de Medicina Interna, 14ª Edición, Madrid-España, 1998.
24. Pilco P, Payet E, Cáceres E. Cáncer Gástrico en Lima Metropolitana. Rev Gastroenterología Perú. 2006.
25. Sierra R. Cáncer gástrico, epidemiología y prevención. Acta médica Costarrica. 2002.
26. Ramos Muñoz WC, Venegas Ojeda DR. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. In: Salud Md, editor. <http://www.dge.gob.pe2013>.
27. OMS; cáncer [Internet]. Ciencias médicas; [citado 2015 marzo 23], disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
28. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Prevención de la enfermedad. Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública 2004.
29. Guía clínica cáncer gástrico. Serie guías clínicas. Ministerio de Salud. MINSAL N°35. Santiago, 2006.

30. Guía Contra El Cáncer. Asociación americana contra el cáncer. Nota descriptiva. 2010. [www.cancer.org/docroot/esp/esp\\_0.asp](http://www.cancer.org/docroot/esp/esp_0.asp)
31. Cáncer En Latinoamérica y El Caribe. OMS/OPS. 2007. <http://www.who.int/topics/cancer/es/index.html>
32. Kim S, Ruiz V, Carroll J, Moss S. Helicobacter pylori in the pathogenesis of gastric cancer and gastric lymphoma. Cancer Letters. 2011: 228–238
33. González L, Rodríguez B. Patogénesis de la infección por Helicobacter pylori. Revista Cubana de Medicina. 2011:441-452
34. Ramírez A, GilmanRr. Helicobacter pylori en el Perú. Lima-Perú. Editorial Santa Ana S.A. 2004.
35. Rivas Traverso Francisco, Hernández Francisco. Helicobacter pylori: Factores de virulencia, patología y diagnóstico. Biomed 2008: 187-205.
36. Vassallo J, Barrios E. Actualización Ponderada de los Factores de Riesgo del Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. 2003.
37. Hernández R, Galván P, Ward M, Agudo A, González C, Oñate L, Herrera R, Palma O, López L. Dietary intake of polyphenols, nitrate and nitrite and gastric cancer risk in Mexico City. Int J Cancer. 2009.
38. Kenneth E, McColl M. Helicobacter pylori Infection. New England Journal of Medicine. 2010.
39. Correa P. Bacterial Infections as a Cause of Cancer. Journal of the National Cancer Institute. 2003.

40. Domínguez R, Tapia E, Hernández J, Castillo IY. Edad y nivel educativo asociados al conocimiento sobre signos de alarma para infecciones respiratorias en madres adolescentes. *Rev Cuid.* 2017; 8(2): 1628-37.
41. Sánchez Humala, R, Sánchez Donayres, WK, Sánchez Yupanqui, YB, Medina Pflucker, MC. Nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención de parasitosis por las madres que acuden al Puesto de Salud “Las Flores”, Santiago de Surco, Lima. *Horizonte Médico [Internet].* 2013;13(4):21-31.
42. Sandy Karyna M.. Uso del internet y su influencia en los conocimientos y actitudes sobre el embarazo, en gestantes atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante el año 2014. Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia. Lima. 2015.
43. Caballero Hoyos R, Villaseñor Sierra A. El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. *Rev. Saúde Pública.* 2001 Dec; 35( 6 ): 531-538.
44. World Health Organization. Cancer: Fact Sheet No 297. WHO. Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>. February 2017; Accessed: November 1, 2017.
45. Hu, B. “Gastric Cancer: Classification, Histology and Application of Molecular Pathology.” *Journal of Gastrointestinal Oncology* 3.3 (2012): 251–261.
46. Nagini, S. “Carcinoma of the Stomach: A Review of Epidemiology, Pathogenesis, Molecular Genetics and Chemoprevention.” *World Journal of Gastrointestinal Oncology* 4.7 (2012): 156–169.

## **ANEXOS**

### **ANEXO A**

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

PREGUNTA DE INVESTIGACION	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	DISEÑO
¿Cuáles son los factores asociados a conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte en el periodo Setiembre- Noviembre del 2017?	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar los factores asociados a conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico en pacientes encuestados.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> -Describir las características generales de los pacientes encuestados. -Describir el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en los pacientes encuestados. - Determinar la asociación entre la edad y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico. - Determinar la asociación entre el sexo y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico. - Determinar la asociación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer</p>	<p><b>HIPOTESIS GENERAL:</b> •H1<sup>0</sup>: Los factores están asociados significativamente a conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico.</p> <p><b>HIPOTESIS ESPECIFICAS</b> --H1<sup>1</sup>: El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico está asociado significativamente a la edad. -H1<sup>2</sup>: El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico está asociado significativamente al sexo. -H1<sup>3</sup>: El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico está asociado significativamente al grado de instrucción. -H1<sup>4</sup>: El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico está asociado significativamente a tener ocupación. -H1<sup>5</sup>: El nivel de</p>	<p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b> Conocimientos sobre prevención de cáncer gástrico</p> <p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b> Edad Sexo Grado de instrucción Ocupación, Acceso a internet Nivel socioeconómico</p>	<p>CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO: Puntaje de nivel de conocimiento de prevención del cáncer gástrico</p> <p>EDAD: años</p> <p>SEXO: Genero</p> <p>GRADO DE INSTRUCCIÓN: Desempeño académico</p> <p>OCUPACIÓN: Condición laboral</p> <p>ACCESO A INTERNET: Acceso a internet inalámbrico/banda ancha</p> <p>NIVEL SOCIOECONÓMICO: Puntaje de test de Graffar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ANALÍTICO</li> <li>• OBSERVACIONAL</li> <li>• TRANSVERSAL</li> <li>• PROSPECTIVO</li> </ul>

	<p>gástrico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la asociación entre tener ocupación y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.</li> <li>- Determinar la asociación entre el acceso a internet y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.</li> <li>- Determinar la asociación entre el nivel socio económico y el nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico.</li> </ul>	<p>conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico está asociado significativamente al acceso de internet.</p> <p>-H1<sup>6</sup>: El nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico está asociado significativamente al nivel socioeconómico.</p>			
--	---	--	--	--	--

### MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensiones	Indicadores	Definición Conceptual	Definición operacional	Valores	Escala de medición	Tipo de Variable Relación y Naturaleza	Instrumento
<b>Edad</b>	Biológica	Años	Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo.	Edad en años consignada en la encuesta	Intervalo según resultados de la encuesta	De razón / Discreta	Independiente / Cuantitativa	Encuesta
<b>Sexo</b>	Género	Condición orgánica que distingue a los del sexo masculino del femenino	Conjunto de características biológicas que caracterizan a la especie humana en hombres y mujeres.	Sexo consignado en la encuesta	0=Femenino 1=Masculino	Nominal / Dicotómica	Independiente / Cualitativa	Encuesta
<b>Nivel socioeconómico</b>	Social	Puntaje del test de Graffar	Nivel socioeconómico del paciente de consulta externa.	Puntaje obtenido en el test de Graffar que cuenta con 4 dimensiones: - Profesión del jefe de la	- 4-6: I (Estrato Alto) - 7-9: II (Estrato Medio Alta) - 10-12: III (Estrato Medio Baja)	Ordinal / Politómica	Independiente / Cualitativa	Encuesta

				<p>familia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de instrucción de la madre</li> <li>- Principales fuentes de ingreso de la familia</li> <li>- Condiciones de alojamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 13-16: IV (Estrato Obrera)</li> <li>- 17-20: V (Estrato Pobreza Extrema)</li> </ul>			
<b>Grado de Instrucción</b>	Social	Nivel educativo reportado en la encuesta	Nivel educativo del paciente atendido en consultorio externo	Nivel educativo del paciente de consultorio externo consignado en la encuesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>1=Sin estudios</li> <li>2= primaria</li> <li>3= secundaria</li> <li>4= superior</li> </ul>	Ordinal / politómica	Independiente / cualitativa	Encuesta
<b>Estado de ocupación</b>	Social	Condición laboral	Estado de ocupación del paciente de consultorio externo	Paciente que al momento de la encuesta cuenta o no con trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>1=sin trabajo actualmente</li> <li>2=con trabajo actualmente</li> </ul>	Nominal	Independiente / Cualitativa	Encuesta
<b>Acceso a internet</b>	Social	Acceso a internet inalámbrico / banda ancha	Sistema de enlace con el computador o dispositivo móvil cuenta para	Si el paciente tiene disponible algún dispositivo electrónico que cuenta	<ul style="list-style-type: none"> <li>1=con acceso</li> <li>2=sin acceso</li> </ul>	Nominal	Independiente / cualitativa	Encuesta

			conectarse a internet	con acceso a internet				
<b>Conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico</b>	Conocimiento sobre prevención del cáncer gástrico	Puntaje del nivel de conocimiento de prevención del cáncer gástrico	Es toda idea y concepto que se refiere al control, disminución o eliminación de los factores de riesgo asociados a esta enfermedad.	Es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados sobre prevención que tienen los pacientes de consulta externa que se relacionan con el cáncer de estómago, lo cual será medido a través de un cuestionario cuyo valor final será alto, medio o bajo	correcto	Ordinal / Politómica	Dependiente / Cualitativa	Encuesta

## **TEST SOBRE CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCION DE CANCER GASTRICO**

Estimado usuario del hospital vitarte II, soy alumna de la Facultad de Medicina Humana de la universidad Ricardo Palma, estoy realizando el estudio titulado "Factores asociados a conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del hospital vitarte, Setiembre- Noviembre 2017", el cual vengo realizando con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer gástrico en dicho hospital. El instrumento de recolección es completamente anónimo y los datos serán usados solo para el estudio científico.

Le agradezco mucho que conteste a este cuestionario. La información que proporcione será tratada de modo absolutamente **confidencial**.

Contestar a todas las preguntas de la manera más rápida y precisa posible.

No vacile en preguntar si tiene alguna duda. **NO RELLENE EL CUESTIONARIO SI SE LE HA DIAGNOSTICADO CANCER GASTRICO.**

### **INSTRUCCIONES:**

En cada pregunta, marque con un aspa (x) en la alternativa que considere la correcta según sea el caso.

### **A.-DATOS GENERALES:**

1. Edad      30-39 ( ) 40 -49-( ) 50-59( ) 60 años a mas ( )
2. Sexo      Hombre ( ) Mujer( )
3. Grado de instrucción: Sin estudios ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )
4. Ocupación: Ama de Casa ( ) Sin trabajo actualmente( ) Con trabajo actualmente ( )
5. Nivel socioeconómico:

### **B.- DATOS ESPECIFICOS**

1. ¿En qué edades cree que es más frecuente el cáncer de estómago?
  - a. 60 años a más
  - b. 30 - 39 años
  - c. 40 - 49años

d. 50 - 59

2. En que sexo cree que se presenta mayor número de casos del cáncer de estómago?

- a. Hombres
- b. Mujeres
- c. Ambos
- d. No sabe

3. ¿Considera que tener antecedentes de familiares con cáncer de estómago representa un riesgo para que Ud. también lo tenga algún día?

Si ( ) no ( )

4. Existen enfermedades que elevan el riesgo de padecer cáncer de estómago. ¿Conoce ud el nombre de alguna?

Si ( ) no ( )

Si es SI, en las enfermedades que a continuación se mencionan, cuales se considera aumentan el riesgo de aparición de cáncer de estómago. (Puede marcar más de una)

- a. Anemia Perniciosa ( )
- b. Enfermedad de Menetrier ( )
- c. Hepatitis ( )
- d. Tuberculosis ( )
- e. Gastritis atrófica ( )

5. De los siguientes tipos de trabajos señale aquel que se relacione con la aparición de cáncer de estómago?

- a. Industria de carbón, llantas, fundición de hierro y acero.
- b. industria de cuadernos, lapiceros, muebles de escritorio
- c. industria de de ropa de algodón, lino y polyalgodon
- d. industria de transporte

6. ¿Que alimentos cree que están mayormente RELACIONADOS a la aparición de cáncer de estómago?

- a. Frutas y hortalizas (naranja, papaya, brócoli,...)
- b. Lácteos (leche, queso...)
- c. Embutidos (jamón, chorizo, salchichas...)
- d. Productos de pastelería (bizcochos, tortas,...)

7. Que alimentos consideraría PROTECTORES contra el cáncer de estómago?

a. Frutas y hortalizas (naranja, papaya, brócoli,...)

b. Lácteos (leche, queso...)

c. Embutidos (jamón, chorizo, salchichas...)

d. Productos de pastelería (bizcochos, tortas,...)

8. Comer alimentos preparados el día anterior (“calentados”), ¿aumentaría el riesgo de padecer cáncer de estómago?

Si ( ) no ( )

9. Consumir sal en exceso, ¿aumentaría el riesgo de padecer cáncer de estómago?

Si ( ) no ( )

10. Comer a cualquier hora el desayuno, almuerzo o cena, ¿aumentaría el riesgo de padecer cáncer de estómago?

Si ( ) no ( )

11. Cree que la higiene personal y la de los alimentos REDUCIRÍA EL RIESGO de padecer cáncer de estómago?

Si ( ) no ( )

12. Cree que hábitos nocivos como el hábito de fumar frecuentemente AUMENTA EL RIESGO de padecer cáncer de estómago?

Si ( ) no ( )

13. La bacteria que está reconocida como “que dan origen” al cáncer de estómago es...

a. Salmonella

b. Helicobacter pylori

c. H1N1

d. ninguna

14. Esta bacteria por si sola, ¿es capaz de originar el cáncer de estómago?

Si ( ) no ( )

15. Esta bacteria esta podría causar lesiones en el estómago pudieran convertirse en cáncer?

Si ( ) no ( )

### ESCALA GRAFFAR

<b>Profesión del jefe del hogar</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Profesión universitaria.</li> <li>2. Profesión técnica y superior o medianos comerciantes o productores.</li> <li>3. Empleados sin profesión universitaria. Bachiller técnico, pequeños comerciantes o productores propietarios.</li> <li>4. Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (que no posean título profesional).</li> <li>5. Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía</li> </ol>
<b>Nivel de instrucción de la esposa(o) o cónyuge</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enseñanza universitaria o su equivalente.</li> <li>2. Enseñanza secundaria completa.</li> <li>3. Enseñanza secundaria incompleta.</li> <li>4. Enseñanza primaria o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria).</li> <li>5. Analfabetas.</li> </ol>
<b>Principal fuente de ingreso del hogar</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortuna heredada o adquirida.</li> <li>2. Ganancias, beneficios, honorarios profesionales.</li> <li>3. Sueldo Mensual.</li> <li>4. Salario semanal, por día. Entrada a destajo.</li> <li>5. Donaciones de origen público o privado</li> </ol>
<b>Condiciones de alojamiento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambientes de gran lujo y grandes espacios.</li> <li>2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo, sin exceso y suficientes espacios.</li> <li>3. Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.</li> <li>4. Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.</li> <li>5. Rancho o vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas</li> </ol>

TOTAL	ESTRATO SOCIAL
4-6	I
7-9	II
10-12	III
13-16	IV
17-20	V

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACION**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la estudiante Mariela Berrospi Zavala de la Universidad Ricardo Palma, para el trabajo de investigación: “Factores asociados a conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del hospital vitarte, Setiembre-Noviembre 2017”.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algunas de las preguntas de la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya se le agradece su participación.

-----  
Firma del(a) participante