

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE CANCER  
GASTRICO ASOCIADO A CONDICIÓN SOCIOCULTURAL DE  
PACIENTES DEL CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL  
REGIONAL DE AYACUCHO, 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA**

**AUTORES**  
**BETZABET PRADO CALLE**  
**ENRIQUETA PARIONA CUBA**  
**ZUSAN NATALI CRIALES BETALLELUZ**

**Callao - 2021**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- MG. CÉSAR ANGEL DURAND GONZALES PRESIDENTE
- MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES SECRETARIA
- MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO MIEMBRO

**ASESORA:** DRA ANA LUCY SICCHA MACASSI

Nº de Libro: 05

Nº de Acta: 013-2020

**Fecha de Aprobación de la tesis:** 15 de Julio del 2021

**Resolución de Decanato** N° 256-2021-CF/FCS, de fecha 14 de Julio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar presente en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón y haber puesto en mi camino a aquellas personas que fueron mi soporte y compañía.

### **ENRIQUETA**

A Dios, quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los problemas que se presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia, por su comprensión, consejos, valores, principios, perseverancia y dosis de amor para mi empeño como persona de bien.

### **BETZABET**

A Dios A mis padres por haberme forjado como la Persona que soy en la actualidad, muchos De mis logros se los debo a ustedes entre Los que incluye este. Me formaron con Reglas y con algunas libertades, que me Motivaron constantemente a alcanzar mis Anhelos.

### **ZUSAN NATALI**

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional del Callao, en especial al Programa de Segunda Especialidad Profesional, por permitir tener la oportunidad de desarrollar y fortalecer mis capacidades.

A la Escuela de formación Profesional de Enfermería y su plana docente por promover la investigación científica, que con paciencia y dedicación nos emprendieron sus conocimientos y confiaron en nosotras.

A los docentes jurados de esta investigación por sus valiosos aportes y contribuciones al presente estudio.

Al Director del Hospital Regional de Ayacucho, por permite facilitar y dar las condiciones para desarrollar e implementar el estudio.

## INDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>13</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática	13
1.2. Formulación del problema (problema general y específicos)	16
1.3. Objetivos (general y específicos)	16
1.4. Limitantes de la investigación (teórico, temporal, espacial)	17
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>18</b>
2.1. Antecedentes: Internacional y nacional	18
2.2. Bases teóricas	20
2.3. Conceptual	26
2.4. Definición de términos básicos	54
<b>III. HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>57</b>
3.1. Hipótesis (general y específica, de ser el caso)	57
3.2. Definición conceptual de variables	57
3.2.1. Operacionalización de variable	60
<b>IV. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>63</b>
4.1. Tipo de investigación	63
4.2. Método de investigación	63

4.3.	Población y Muestra	64
4.4.	Lugar de estudio	65
4.5.	Técnicas e instrumento	65
4.6.	Análisis y procesamiento de datos	66
<b>V.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>67</b>
5.1	Resultados descriptivos	67
5.2.	Resultados inferenciales	83
<b>VI.</b>	<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>86</b>
6.1.	Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados	86
6.2.	Contrastación de los resultados con otros estudios similares	91
6.3.	Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes	97
	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>98</b>
	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>99</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>100</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>107</b>
	• Matriz de consistencia	
	• Instrumentos validados	
	• Consentimiento informado en caso de ser necesario	
	• Base de datos	

## INDICE DE TABLAS

Tabla N° 5.1 Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.	67
Tabla N° 5.2 Identificación del conocimiento sobre factores de riesgo según dimensión conocimiento genético de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.	68
Tabla N° 5.3 Identificación del conocimiento sobre factores de riesgo según dimensión de conocimiento biológico de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	69
Tabla N° 5.4 Identificación del conocimiento sobre factores de riesgo según dimensión de hábitos nocivos cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	70
Tabla N° 5.5 Identificación de las condiciones socio cultural según edad de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	71
Tabla N° 5.6 Identificación de las condiciones socio cultural según sexo de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	72
Tabla N° 5.7 Identificación de las condiciones socio cultural según grado de instrucción de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	73
Tabla N° 5.8 Identificación de las condiciones socio cultural según socioeconómico de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	74
Tabla N° 5.9 Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con edad sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	75
Tabla N° 5.10 Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con sexo sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	76

Tabla N° 5.11 Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con grado de instrucción sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	77
Tabla N° 5.12 Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con ocupación sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del hospital regional de ayacucho-2019.	79
Tabla N° 5.13 Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con nivel socioeconómico sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.	60
Tabla N° 5.14: Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con hábitos nocivos sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	82

## INDICE DE GRAFICOS

Grafico N° 5.1 Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.	67
Grafico N° 5.2 Identificación del conocimiento sobre factores de riesgo según dimensión conocimiento genético de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.	68
Grafico N° 5.3 Identificación del conocimiento sobre factores de riesgo según dimensión de conocimiento biológico de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	69
Grafico N° 5.4 Identificación del conocimiento sobre factores de riesgo según dimensión de hábitos nocivos cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	70
Grafico N° 5.5 Identificación de las condiciones socio cultural según edad de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	71
Grafico N° 5.6 Identificación de las condiciones socio cultural según sexo de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	72
Grafico N° 5.7 Identificación de las condiciones socio cultural según grado de instrucción de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	73
Grafico N° 5.8 Identificación de las condiciones socio cultural según socioeconómico de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	74
Grafico N° 5.9 Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con edad sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	76
Grafico N° 5.10 Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con sexo sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	77

Grafico N° 5.11 Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con grado de instrucción sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	78
Grafico N° 5.12 Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con ocupación sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del hospital regional de ayacucho-2019.	79
Grafico N° 5.13 Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con nivel socioeconómico sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.	61
Grafico N° 5.14: Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con hábitos nocivos sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019	82

## RESUMEN

**“Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico asociado a condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019”** tuvo como objetivo determinar la asociación del conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019. Diseño metodológico: Tipo de Investigación, El presente trabajo de investigación es cuantitativo, aplicada, transversal, no experimental. **El diseño** de investigación es Descriptivo, correlacional, de corte trasversal y retrospectivo. **La muestra** estuvo constituida por 80 personas y la población por 100 personas mayores de 18 años del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho; Según epi info, el tamaño de la muestra será calculada con un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%. **La técnica** es la entrevista y el instrumento es el cuestionario, elaborado mediante preguntas relacionadas a las dimensiones conceptuales. **Resultado:** Del 100% (80) se observa que el 68.75% (55) no conocen los factores de riesgo, de las cuales el 52,50% (42) no conocen sobre hábitos nocivos y el 16,25% (13) conocen de hábitos; por otro lado el 31.5% (25) conocen sobre factores de riesgo, de las cuales el 10% (8) no conocen de hábitos nocivos y el 21.25% conocen de hábitos nocivos sobre cáncer gástrico; con respecto a la ocupación se observa que del total según la ocupación No conoce el 68.75% (55) y del total que Conoce 31.25% (25) ,así mismo, Son Ama de casa 37.5% (30) No Conoce 28.75% (23) y Conoce 8.75% (7), Con Trabajo 32.5%(26) No Conoce 16.25% (13) y Conoce 16.25% (13) y sin trabajo actual 30% (26) , No Conoce 23.75% (19)y Conoce 6.25% (5), tienen conocimiento según su ocupación sobre cáncer gástrico y con respecto al nivel socioeconómico se observa que del total con nivel socioeconómico Bajo 77.5% (62) y del total con el nivel socioeconómico Medio 22.5%(18) , así mismo, con Nivel socioeconómico Bajo No Conoce 58.75% (47) y Conoce 18.75% (15) y con nivel Socioeconómico Medio No Conoce 10.00 % (8) y Conoce 12,50%

(10) , de pacientes que tienen conocimiento según nivel socioeconómico sobre cáncer gástrico

Conclusión: En el presente estudio se encontró que los pacientes que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho con respecto al conocimiento de factores de riesgo el 68,8% (55) de la población desconoce sobre factor de riesgo y el 31,3% (25) conoce sobre factores de riesgo de cáncer gástrico. Del estudio se concluye que si existe asociación con el conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico con Hábitos nocivos, ocupación, grado de instrucción y nivel socioeconómico; encontrándose valores de chi2 respectivamente: Chi21 =14,433a (p<0.000), Chi22 =6,342a (p<0,042), Chi23 =11,236a (0.011) y Chi24 =6,386a (0.011) con una significancia de p<0.05. Por otra parte se encontró que, No existe asociación en el conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico edad y sexo; encontrándose valores Chi2 =,893<sup>a</sup>, Chi2 =1,709<sup>a</sup> encontrándose valores con una significancia de p<0.05.

**Palabras claves:** Conocimiento de factor de riesgo, cáncer gástrico y consultorio externo

## ABSTRACT

"Knowledge about risk factors for gastric cancer associated with the sociocultural condition of patients from the outpatient clinic of the regional hospital of Ayacucho, 2019" aimed to determine the association of knowledge about risk factors for gastric cancer and the sociocultural condition of patients from the outpatient clinic of the regional hospital of Ayacucho, 2019. Methodological design: Type of Research, This research work is quantitative, applied, cross-sectional, not experimental. The research design is descriptive, correlational, and cross-sectional. The sample consisted of 80 people and the population of 100 people over 18 years of age from the outpatient clinic of the Regional Hospital of Ayacucho; According to epi info, the sample size will be calculated with a 95% confidence coefficient, and with an error of 5%. The technique is the interview and the instrument is the questionnaire, elaborated through questions related to the conceptual dimensions. Result: Of the 100% (80) it is observed that 68.75% (55) do not know the risk factors, of which 52.50% (42) do not know about harmful habits and 16.25% (13) know of habits; on the other hand, 31.5% (25) know about risk factors, of which 10% (8) do not know about harmful habits and 21.25% know about harmful habits about gastric cancer; Regarding the occupation, it is observed that of the total according to the occupation, 68.75% (55) do not know and of the total who Know 31.25% (25), likewise, They are Housewife 37.5% (30) Do not know 28.75% (23 ) and Know 8.75% (7), With work 32.5% (26) Do not know 16.25% (13) and Know 16.25% (13) and without current job 30% (26), Do not know 23.75% (19) and Know 6.25 % (5), have knowledge according to their occupation about gastric cancer and with respect to socioeconomic level it is observed that of the total with Low socioeconomic level 77.5% (62) and of the total with Medium socioeconomic level 22.5% (18), likewise, with Low socioeconomic level Do not know 58.75% (47) and Know 18.75% (15) and with Medium Socioeconomic level Do not know 10.00% (8) and Know

12.50% (10), of patients who have knowledge according to socioeconomic level about cancer gastric

Conclusion: In the present study it was found that the patients who attended the outpatient clinic of the Regional Hospital of Ayacucho with regard to knowledge of risk factors, 68.8% (55) of the population did not know about risk factor and 31.3 % (25) know about risk factors for gastric cancer. From the study it is concluded that if there is an association with knowledge about risk factors for gastric cancer with harmful habits, occupation, level of education and socioeconomic level; finding chi2 values respectively: Chi21 = 14.433a (p <0.000), Chi22 = 6.342a (p <0.042), Chi23 = 11.236a (0.011) and Chi24 = 6.386a (0.011) with a significance of p <0.05. Another part found that, There is no association in knowledge about gastric cancer risk factors, age and sex; finding values Chi2 =, 893<sup>a</sup>, Chi2 = 1,709<sup>a</sup> finding values with a significance of p <0.05.

Keywords: Knowledge of risk factor, gastric cancer and outpatient clinic

## INTRODUCCION

El proceso de globalización y modificaciones demográficas que vivimos en la actualidad, han provocado una serie de cambios a nivel mundial, partir de la confluencia de procesos sociales, políticos, económicos y culturales, que han alterado costumbres y estilos de vida, lo que ha generado que exista una tendencia global al incremento de la prevalencia de enfermedades, como el cáncer gástrico que es una de las enfermedades considerada actualmente como un problema de salud pública que se puede prevenir y ser manejado por los profesionales de salud. (1) En nuestro país, su detección es usualmente tardía, ya que sus síntomas suelen confundirse con otras enfermedades muy comunes. Según OMS la prevención y la promoción nos permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Puesto que abarca una gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación. (2)

Dánae y Col. Menciona que tanto a nivel mundial como en países de bajos, medianos ingresos como el nuestro, el mayor número de muertes por cáncer es explicado por factores de riesgo como el consumo de tabaco, consumo de alcohol y bajo consumo de frutas y verduras en la dieta; mientras que, en países de altos ingresos, los factores de riesgo que explican el mayor número de muertes por cáncer son el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad. La prevalencia en la población peruana de algunos de los factores de riesgo para cáncer gástrico puede obtenerse de fuentes secundarias como las encuestas poblacionales realizadas por distintas instituciones como el Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), DEVIDA e investigaciones independientes (3) Así mismo al desarrollar el proyecto de investigación está constituido en 6 capítulos. En el primer capítulo contiene: el planteamiento de problema el cual comprende descripción de la realidad, formulación del problema, objetiva y limitante de la investigación.

En el segundo Capítulo comprende: Marco teórico, los antecedentes nacional e internacional, base teórica, conceptual y definición de términos básicos.

En el tercer capítulo comprende: Hipótesis y variables, Hipótesis general y específicos, definición conceptual de variables y Operacionalización de variable.

En el cuarto capítulo comprende: Diseño metodológico, Tipo de investigación, diseño de investigación, lugares de estudio y periodo desarrollo, población de estudio, muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de la información y análisis y procesamiento de datos.

En el quinto comprende: Resultados, resultados descriptivos y resultados inferenciales.

En el sexto capítulo comprende: Discusión de resultados, contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados, contrastación de los resultados con otros estudios similares y responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la realidad Problemática**

De acuerdo a la OMS a nivel mundial señala que el 15% que equivale a 1.2 millones de casos con neoplasias malignas que se presentan se puede afirmar que entre ellas se encuentran el cáncer al estómago así como los linfomas gástricos vinculados a la mucosa (MALT) con *Helicobacter pylori* (4)

El impacto que esta tiene en la salud reside en que, una disminución en las frecuencias del factor modificable en la población lograría tener un impacto en la disminución de la incidencia y por ende disminuirían los niveles de mortalidad a causa del cáncer gástrico, consumo periódico del tabaco, baja ingesta de frutas y verduras, el consumo de manera excesiva de sal y comidas ahumadas (4) Así mismo, la Dirección General de Epidemiología (5)

La DIRESA de Ayacucho, informó que dentro de los factores que elevan el riesgo de la enfermedad de manera considerable en cuanto a la alimentación, son las carnes rojas, embutidos, papas fritas, grasas y la “comida chatarra”. Mientras que otros factores son la obesidad, el consumo de alcohol y tabaco. (6)

El desarrollo del cáncer gástrico es un proceso multifactorial, complejo y de larga evolución. Es poco probable que la infección por *Helicobacter pylori* por sí sola sea responsable del desarrollo de cáncer gástrico. Hay evidencias de que el consumo de alimentos salados, compuestos N-nitrosos y baja ingesta de frutas y verduras frescas incrementa el riesgo de cáncer gástrico

En el Hospital Regional de Ayacucho, el 61,5% de personas que acuden de manera general al hospital presentan un nivel de conocimiento medio frente a la prevención de cáncer de estómago, el 22,9% alto y el 15,6% bajo, de este modo es independiente a la procedencia y a la edad. Por otra parte, se puede evidenciar que las edades del grupo etario de 35 a 43 años poseen un nivel de conocimiento “medio” y “alto” (7)

El Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” viene desarrollando sus actividades desde hace más de 54 años, siendo catalogado como un hospital de nivel 2-II aprobada mediante resolución Directoral Regional N° 1504-2010-GRA/GC-GRDS-DIRESA-DR, que es la encargada de satisfacer la demanda de salud de la Región.

El departamento de la consulta externa, es el órgano encargado de sistematizar la atención integral de salud y la referencia y contra referencia de los pacientes, que acoge la mayoría de la población.

Los pacientes que acuden para consultorio externos para diferentes servicios, generalmente acuden para la atención médica y/ o especialistas después de auto medicarse, ya sea con curanderos, chamanes, medicinas naturistas etc. Ya que la Región Ayacucho cuenta con población que cree en medicina tradicional. La población considera como la última opción la atención médica, sobre todo los que presentan enfermedades oncológicas.

Por lo tanto la mayoría de los usuarios son diagnosticados con patologías crónicas, como el cáncer y son derivados para la ciudad de Lima para su respectivo tratamiento, la mayoría de los pacientes son diagnosticados en estadio III Y IV lo cual la

probabilidad de sobrevivir es muy corto tiempo. Por otra parte son un mínimo porcentaje que se acercan a consultorio de manera preventiva.

Así mismo se pudo evidenciar que los que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, son más del género femenino que masculino. Cuando se interactúa con los pacientes que sacaron su cita para consultorio externo, manifiestan algunos no tener algún conocimiento alguno de prevención de cáncer gástrico o conocen y no lo practican por el por el trabajo o por tiempo. Por otra parte hay personas que recién se informan cuando ya tienen ingresan al consultorio y después de realizarse algunos exámenes apoyo. Donde algunos presentan cáncer leves, moderado y graves. Testimonio de una persona con secundaria completa. “La mayor parte de la población solo acudimos al consultorio médico cuando ya nos sentimos mal, cuando ya probamos la medicina natural sin saber de qué estamos mal”, “cuando hay charlas no tomamos en cuenta o importancia en el momento, ya después cuando estamos mal nos arrepentimos y recién nos comenzamos a cuidar”

Existen diferentes informaciones sobre prevención de cáncer gástrico, por eso es difícil para la gente entender la situación real del cáncer, ya que las personas no somos iguales, todos lidiamos con el cáncer a su manera. En este sentido, es natural realizar experimentos donde se usa todo tipo de efectos de energía mental que pueden incluso hacer motivar el cambio de actitud ante a enfermedad. Donde se torna más difícil absorber y comprender toda la información existente y proporcionada por el equipo de salud en las sesiones educativas que se le brinda a la población. Aunque la comprensión del cáncer en sí no es

suficiente Motivar el cambio de actitud, si puede ser el factor decisivo.

En base a la realidad descrita surgió el siguiente planteamiento de problema.

## **1.2 Formulación del Problema**

### **1.2.1 General**

¿Cuál es la asociación del conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019?

### **1.2.2 Específicos**

¿Cuáles son los conocimientos sobre factores de riesgo de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019?

¿Cuál es la condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019?

## **1.3 Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1. General**

Determinar la asociación del conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019.

### **1.3.2 Específicos**

Identificar el conocimiento sobre factores de riesgo de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019.

Identificar condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019.

#### **1.4.-Limitaciones de la investigación.**

- ✓ Teórico.- limitaciones de nuestro trabajo de investigación fue la ausencia de datos disponibles y/o confiables. Que en Ayacucho no se encuentra trabajo de investigación referente del tema en investigación lo cual fue limitante para inferencias en los cuadros de estadísticos.
- ✓ Temporal.- la investigación se desarrolló el 80% en el año 2019 y se finalizó en el año 2021 por motivo de la emergencia sanitaria por pandemia.
- ✓ Espacial.- la presente investigación se llevó a cabo en Hospital Regional de Ayacucho en departamento de Ayacucho con los pacientes que asisten por consulta externa de preventorio, se eligió este consultorio debido a que asisten demasiados a los demás consultorios.

## II. MARCO TEORICO

### 2.1 Antecedentes del estudio

#### 2.1.1 Antecedentes a nivel Internacional

Delgado D. México (2014). En su investigación titulada: “conductas de riesgo asociados a cáncer gástrico en pobladores de la comunidad de Ccenoco”. Tuvo como objetivo determinar las conductas de riesgo de cáncer gástrico en los pobladores de la comunidad de Ccenoco. Realizo un estudio observacional descriptivo, incluyendo 225 pobladores de la comunidad de Ccenoco. Entre los resultados del estudio tenemos: las conductas de riesgo identificadas en la población estudiada comprenden niveles medios 46% y altas conductas pueden ser modificadas dependiendo del nivel de asimilación del riesgo y consecuencias que a futuro traen el poco cuidado en la salud y también los resultados de esta justificación, la implementación de programas de atención oportuna de esta grave enfermedad. (8)

Verdalet M, Veracruz (2015); realizo el estudio sobre. “factores asociados al desarrollo de cáncer gástrico en pacientes de centro de capacitación y negocios (CECAN)”. Su objetivo es identificar los factores asociados con el desarrollo de cáncer gástrico en los pacientes atendidos en CECAN. Resultado: refiere que total de sujetos incluidos se conformó en su mayoría por individuos del sexo masculino. 84 (73%); sin embargo entre los casos la distribución se inclinó al sexo femenino, con un número mayor de mujeres 19(54.3%), el nivel de escolaridad básico fue el de mayor frecuencia para ambos grupos, refiriendo haber estudiado la primaria y/o la secundaria, con la peculiaridad de que 9(25.7%) se refirieron analfabetas entre los casos; el sedentarismo fue reconocido por más de la m, como mitad de

los sujetos encuestados, tanto el grupo de casos como de controles, en cuanto a las bebidas, el café y el refresco resultaron de consumo frecuente, ya que 92 (80.0%) encuestados firmaron acostumbrar ingerirlos, 87(75.7%), afirmo comer algún tipo de picante, al cuestionar a los sujetos incluidos sobre los hábitos tabaco y alcohol, 64 (55.7%) afirmaron fumar alguna vez en su vida; mientras que 82 (71.3%) afirmaron haber ingerido bebidas con alcohol: 14 (73.7%) refirieron ingerir algún tipo de licor y 5 (26.3%) cerveza; entre los controles 49 (77.8%) acostumbran tomar cerveza y 13 (20.6%) algún tipo de licor. Conclusiones: se puede observar que es mayor la frecuencia de casos mayores a 50 años, en escolaridad de primaria o menos, nivel socio económico bajo, percepción de pérdida de peso en los últimos de seis meses, el no empleo de refrigerador y un considerable de prevalencia de patologías previas como la gastritis y la ulcera gástrica. Por otro lado, no se encontraron las diferencias estadísticamente significativas esperadas en ciertas variables, como el seo, tipo sanguíneo A positivo, los antecedentes familiares de cáncer, la dieta, el tabaquismo y el alcoholismo. (1)

Flores N. Colombia (2012) en su revista de gastroenterología nos indica que Gómez M. Cali (2010), realizo el estudio sobre: “factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes colombianos”. Su objetivo es determinar la prevalencia 26 de los diferentes factores medioambientales (hábitos alimenticios y tabaquismo) y familiares (antecedentes familiares de cáncer gástrico) en pacientes con infección con cáncer gástrico en ulcera duodenal asociada a infección por *Helicobacter pylori*. El estudio fue de tipo observacional analítico llegando a la conclusión: que se encontró asociaciones significativas entre tres patrones de ingesta dietaría y CG, así como con el

antecedente familiar de CG en familiares en primer grado de consanguinidad. Además, la alta ingesta sal produce gastritis atrófica y disminuye la acidez del estómago creando una condición que favorece la infección por *Helicobacter pylori* que es un factor claramente reconocida en la génesis de GC, siendo demostrable en la mayoría de los pacientes con estos tumores. (9)

En Cali. Gómez M(2014), realizó el estudio titulado “factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes colombianos”, el estudio fue de tipo observacional analítico tuvo como objetivo determinar la prevalencia de 26 de los diferentes factores medioambientales (hábitos alimenticios y tabaquismo) y familiares (antecedente familiar de cáncer gástrico) en pacientes con cáncer gástrico y ulcera duodenal asociada a infección por *Helicobacter pylori*, llegando a las siguientes conclusiones: se encontró asociaciones significativas entre tres patrones de ingesta dietaría y CG, así como en antecedente familiar de CG en familiares en primer grado de consanguinidad. Además, la alta ingesta de sal produce gastritis atrófica y disminuye la acidez del estómago creando una condición que favorece la infección por *Helicobacter pylori* que es un factor claramente reconocido en la génesis de GC, siendo demostrable en la mayoría de los pacientes con estos tumores. (10)

### **2.1.2 Antecedente a nivel nacional**

Pilco P. Perú (2016); el siguiente estudio se estudió sobre cáncer gástrico en lima metropolitana, llego a las siguientes conclusiones: la mayor incidencia y mortalidad de acuerdo al grupo etario se presentó en el grupo entre los 55 a 75 años. El cáncer gástrico es una neoplasia prevalente en los distritos de Lima de nivel socioeconómico medio y bajo. (11)

Reinhold E.T. Huánuco (2015) realizó tesis para obtener grado de licenciamiento en enfermería titulado, conocimientos y actitudes sobre prevención del cáncer de estómago en estudiantes de enfermería de la universidad de Huánuco.

Tuvo como objetivo establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento 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 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 conocimiento y las actitudes sobre la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la universidad de Huánuco, el mismo que indica que existe relación entre los conocimientos y las actitudes frente a la prevención 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 e los estudiantes de enfermería de la universidad de Huánuco en el 2015. Se recomienda realizar programas de prevención y promoción 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 ubicación 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 de tabaco, para un mejor estilo de vida. (12)

Cutipa Clemente K. Lima (2010); realizó el estudio de investigación titulada “nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer de estómago en usuarios del C.S. primavera en el distrito El Agustino”, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre prevención primaria y secundaria de cáncer de estómago. Fue un estudio de tipo cuantitativa, de nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población de estudios estuvo conformada por una muestra de 72 usuarios, que acudieron a los consultorios de medicina 1 y 2 del turno mañana, 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 su dimensiones. Factor medio ambiental 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. (13)

Raraz J Damaso B; Huánuco (2014); en el estudio titulado: “factores relacionados a la metaplasia intestinal en un hospital bíblico en Huánuco”, indicaron las siguientes conclusiones: un total de 284 pacientes (142 casos y 142 controles) fue reclutado. La edad media de los pacientes incluidos fue 56,39 (+- 12,8) años (rango 26 - 91), con una mediana de 55 años; 50,5% fueron hombres y 49,5%, mujeres. La frecuencia de la 30 infección por HP fue 63,2% (227/440) en la población estudiada y 488,9% (88/141) entre los pacientes con MI. Los pacientes mayores de 58 años representaron 43,5% de la población. Las biopsias con menos de tres cruces fueron 39,2%, la presencia de hiperplasia faveolar, 10,5%; e hiperplasia folicular, 13,7%, de gastritis

erosiva, 29%. En el grado de actividades fueron 39,2%; la presencia de hiperplasia foveolar, 10,5%; de hiperplasia folicular, 13,7%; de gastritis erosiva, 29%. En el grado de actividad de la ulcera, el moderado fue el más frecuente (54%).

En cuanto a la localización de gastritis, predominó la del antro (32%), seguida de la gastritis mixta- en el antro y el cuerpo- (18%); la gastritis superficial representó 21,1% y con una gastritis atrófica de 6,7%. En el análisis bivariado se encontró asociación significativa con gastritis crónica atrófica (OR=4,04; IC95%: 1,35-12,50), gastritis crónica superficial (OR=6,50; IC95%: 3,04-13,87), presencia de gastritis multifocal e antro y cuerpo (OR=2,61-IC95%: 1,29-5,32), hiperplasia folicular (OR=6,01; IC95%: 1,10-33,95), densidad de PH menor a tres cruces (OR=2,05; IC95%: 1,13-3,77) y de edad mayor de 58 años (OR=1,67; IC95%: 1,03- 2,65). Las limitaciones fueron considerar a pacientes sintomáticos que acudieron a un hospital, esto es relevante, ya que muchos de los pacientes con MI son usualmente asintomáticos. Por lo tanto, puede haber una sobre presentación de la población estudiada. A pesar de las limitaciones, los resultados del estudio pueden servir como punto de partida para otros. En el presente estudio, las personas que presentaron gastritis crónica atrófica, gastritis crónica superficial, gastritis multifocal de antro y cuerpo, hiperplasia folicular, densidad de colonización mayor de tres cruces de *Helicobacter Pylori* y una edad mayor de 58 años tuvieron mayor riesgo de presentar o desarrollar metaplasia intestinal. (14)

Rondan Guerrero F.Lima (2016); realizó un estudio sobre al “factores de riesgo asociados cáncer gástrico en acinetes atendidos en el consultorio externo de servicio de gastroenterología del Hnhu durante el año 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 de HNHU durante el año 2014. Fue un estudio de tipo observacional y transversal analítico, específicamente un diseño de casos y controles, con un enfoque cuantitativo cuyo método es deductivo y la población estudiada fueron los pacientes atendidos en el consultorio externo del servicio de gastroenterología del HNHU durante el estudio 2014, considerando un muestreo probabilístico se seleccionó la muestra. 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; IC5%, 3.01-11.79), tener 50 años o más (OR=3.81; IC95%, 22.01-7.24), el antecedente familiar de cáncer gástrico (OR=9.47; IC95%, 3.14-28.57), la infección por helicobacter pylori (OR=8; IC95%, 4.01-15.95) y el consumo de tabaco (OR=6.61; IC95%,3.1-13.73). Conclusiones: se encontró que el ser varón, tener 50 años o más, tener el antecedente familiar de cáncer gástrico, la infección por helicobacter pylori y el tabaquismo fueron factores de riesgo asociados al diagnóstico de cáncer gástrico. (15)

Stysse Bendezu y katya Pampa; Ayacucho (2017); en su estudio titulado: "Conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017", llegaron los siguientes Resultados: Del 100% de los usuarios, el 61,5% presentan un nivel de conocimiento medio frente a la prevención de cáncer de estómago, el 22,9% alto y el 15,6% bajo, asimismo es independiente a la procedencia, edad y grado de instrucción

( $p > 0.05$ ). Respecto a la actitud el 52,3% presentan una actitud favorable, el 35,8% indiferente y 11,9% muy favorable. Conclusión: El conocimiento de los usuarios, guarda moderada relación con la actitud hacia a la prevención del cáncer de estómago en los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho (Tau-c de Kendall 0,203 y nivel de significancia  $p < 0,05$ ). (7)

## **2.2.- Bases Teóricas**

Según JEANS WATSON, tiene como objetivo de enfermería promover la salud, recuperar la salud de los pacientes y prevenir las enfermedades, con un marco práctico, la filosofía y la ciencia de los cuidados; ya que nos refiere que los cuidados constituyen un proceso interpersonal que consiste en actuaciones que conducen a satisfacer las necesidades humanas. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover mantener o recuperar la salud. Si bien todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería. Por lo expuesto, es que este artículo se centraliza en el pensamiento y evolución de la teoría de Watson, los postulados centrales de su teoría y su aplicación en diferentes contextos. De este modo, las autoras desafían a los lectores a repensar la disciplina y la praxis, como parte sentida y valorada, desde las ciencias de los cuidados en mantener o recuperar la salud. Si bien todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería. Por lo expuesto es que este artículo se centralizara en el pensamiento y evolución de la teoría de Watson, los postulados centrales de su teoría y su aplicación en diferentes contextos. De este modo, las autoras desafían los lectores a repensar la disciplina y la praxis, como parte sentida y valorada, desde las ciencias humanas de los cuidados en nuestra comunidad de enfermería, lo que implica una transformación de nuestro ser y nuestras prácticas. (16)

**Según Nola Pender, En 1975, la Dra. Pender publicó** “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, donde contribuyo en la toma de decisión sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de enfermería. Por otra parte En 1982 presento la 1ra edición del modelo de promoción de la salud. Y en 1996 la 2da edición de este.

**MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD:** Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

- **Edad:** particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.
- **Género:** éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.

- **Cultura:** es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.
- **Clase o nivel socioeconómico:** es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.

Teniendo en cuenta el punto de vista de Nola, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud. (17)

### **Definición**

El cáncer es un grupo de enfermedades caracterizados por el crecimiento autónomo e 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.

Según OMS; el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación lugar del cuerpo. Los incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos

tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo del tabaco, además un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana (18)

Según la Dra Natalia; el término “cáncer” es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de las células de origen. (19)

Según Lauren, Histológicamente, se dividen en dos tipos: intestinal e indiferenciado no mucoproducción, anatómicamente, se clasifica en: proximal y distal. Más recientemente se ha hecho una clasificación genómica y molecular. En cada subtipo histológico pueden estar implicadas múltiples alteraciones moleculares. La clasificación anatómica e histológica puede proporcionar información sobre la biología tumoral y ayudar a seleccionar poblaciones para la terapia dirigida.

El desarrollo del cáncer gástrico es un proceso multifactorial, complejo y de larga evolución. Es poco probable que la infección por *Helicobacter pylori* por sí sola sea responsable del desarrollo de cáncer gástrico. Hay evidencias de que el consumo de alimentos salados, compuestos N-nitrosos y baja ingesta de frutas y verduras frescas incrementa el riesgo de cáncer gástrico. (20)

## **Datos y Cifras**

El cáncer es la segunda causa de la mortalidad a nivel mundial; se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridos en 2008 (aproximadamente. Un 133% del total), según datos de OMS.

El consumo de tabaco es un importante factor de riesgo de contraer cáncer. El consumo nocivo de alcohol, la mala alimentación y la actividad física son otros factores de riesgo importantes.

Ciertas infecciones causan hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medianos, y un 9% en los países de ingreso alto.

Más de 30% de las defunciones por cáncer son prevenibles.

El cáncer comienza con una modificación en una sola célula, que puede haber sido iniciado por agentes externos o por factores genéticos heredados.

Se pronostica que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando y pasaran de los 11 millones en 2030. (21)

### **Cáncer Gástrico.**

El cáncer gástrico es una enfermedad que se produce debido al crecimiento incontrolado de las células del estómago. Los tumores se pueden originar en cualquiera de las capas del órgano: mucosa, muscular o serosa (22) El cáncer gástrico es un tipo de proliferación tisular maligna proliferación de células producido por las células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos, en particular el esófago y el intestino delgado.

### **Epidemiología**

Actualmente, la frecuencia y las tasas de la 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 relacionado con el cancer en el mundo y sigue siendo difícil de curar en los países occidentales, principalmente porque la mayoría de los pacientes presentan enfermedad avanzada. El cáncer gástrico es mucho menor en las mujeres en comparativa en los varones y es 4ta neoplasia frecuente posterior al cáncer de pulmón. Cáncer de mama y finalmente el colon rectal. Sin embargo, en los últimos 5 años se ha evidenciado un incremento exponencial de la tasa de la incidencia en las mujeres. Según estudios llevados a cabo en el 2006, en la ciudad de Lima, evidencian que la totalidad de esta enfermedad continua siendo la causa más importante de muerte para ambos sexos, en hombres 19,33/100000 y en mujeres 14,2/100000.

Las estimaciones poblacionales indican que el número de casos nuevos probablemente aumente en un 70% en las próximas décadas, alcanzando las 24 millones de casos aproximadamente en el año 2023. El cáncer es la segunda causa de muerte en el año 2015 según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Atendiendo a predicciones poblacionales, se calcula que el número de muertes producidas por tumores aumentara a más de 24 millones en el año 2035. (23)

En Perú el cáncer gástrico es una de las entidades más agresivas y frecuentes, representando el 14,7% de las causas de la mortalidad por cáncer en varones (solo detrás del Cáncer de la próstata) e el 13,4% en mujeres, observándose mayor tasa de mortalidad en regiones de la sierra, como: Huánuco, Pasco y Cusco. El mal pronóstico del Cáncer gástrico se asocia a hechos como que en el momento comienza a dar síntomas como: dolor abdominal, indigestión, pérdida de apetito, baja de peso, hemorragias digestivas entre otros, ya que el paciente tiene la enfermedad en estado avanzado. Ocho de cada

10 casos de cáncer gástrico son detectados cuando la enfermedad ha comprometido la capa serosa y muscular del estómago y las posibilidades de acabar con el mal o alargar la vida del paciente son más difíciles. (24)

El cáncer gástrico se asocia a varios factores de riesgo, pero el 90% de ellos están relacionados al consumo de cigarrillos, dietas ricas en sal, alimentos ahumados, el sedentarismo y la obesidad, además de la infección por *helicobacter pylori*. Diversos estudios muestran que el 50% de la población mundial se infecta por esta bacteria en algún momento de la vida y el 1 al 13% de los infectados desarrollaran cáncer gástrico con el tiempo (25) . Por lo tanto, último se sugiere mejorar la difusión en la comunidad de mantener adecuados hábitos de higiene alimentaria, poner mayor énfasis a la limpieza de los alimentos y hervir el agua para que se consuma.

El cáncer gástrico afecta mayormente a la población de adultos y adultos mayores al momento de diagnóstico, 69 es la edad promedio. Aproximadamente de cada 6-10 personas con este diagnóstico tienen 65 años más. El riesgo promedio de padecer esta neoplasia es 1 en 11. China es el país con mayor incidencia de neoplasia gástrica, seguido de Latinoamérica y este de Europa, en particular países en vías de desarrollo.

La bacteria *Helicobacter pylori*, es sensible a varios medicamentos de última generación, en recientes años.

Según el reporte el instituto nacional de enfermedades neoplásicas (INEN), nos refiere que, en últimos años, existen un promedio 820 de casos de cáncer de estómago, con tendencia al incremento (MINSA, PERU).

La mortalidad de neoplasia gástrica aproxima los 800.00 al año a nivel mundial.

Los antecedentes médicos laborales de exposición a polvos de modera, metales o minerales y los antecedentes médicos familiares de cáncer tienen menor incidencia, lo que se diferencia de la literatura clásica, que lo describe como un factor importante que conduce a su etiología. Tumores comunes, especialmente cáncer de estómago. El hecho de que este precedente ocurriera en el control indica que deben tomar medidas preventivas para reducir el riesgo de cáncer en el futuro, por ejemplo, dado su nivel educativo superior, deben mejorar su estilo de vida y hábitos de higiene como factores protectores. En comparación con la situación descrita en otras partes del mundo, el tabaquismo no parece ser un factor importante en la población peruana que realizó este estudio. Tampoco bebe con tanta frecuencia como se describe en trabajos anteriores. Beber vino se asocia positivamente con el cáncer de gástrico.

También se encontró que no comer verduras y frutas al menos un vez al día puede ser un factor riesgo de cáncer gástrico. En la literatura, el consumo regular de verduras se puede atribuir a su efecto protector sobre el cáncer gástrico, sin embargo, hay que tener en cuenta que la imposibilidad de determinar la forma y cantidad de consumo puede generar confusión (sesgo) en los resultados, pues es bien sabido que la cocción destruye las propiedades anticancerígenas de las verduras.

Por otro lado, añadir sal a las comidas que preparamos no parece ser un problema para nuestros pacientes, no se utiliza como factor de riesgo o los pacientes no suelen añadir sal a las comidas. Pero hay que tener en cuenta es difícil determinar la

ingesta de sal, existe una relación comprobada entre la ingesta elevada de sal y el cáncer gástrico. Una situación que parece ser muy importante es el uso de leña, carbón vegetal o querosene, que se relaciona con los aspectos culturales y socioeconómicos del paciente, que se relaciona con el nivel educativo.

En las ciudades, es básicamente la población inmigrante, manteniendo las costumbres del país de origen, como la conservación de los alimentos mediante salazón y secado al sol (papas secas, charqui, pescado seco), lo que puede ser un factor de riesgo para estas enfermedades de cáncer de estómago.

### **Demografía**

El cáncer es un problema de salud global, evidenciado por los altos indicadores epidemiológicos que presenta, los cuales se hallan en crecimiento. Este problema aparece en los países pobres y en crecimiento, de similar forma que en los del primer mundo. Incluye un grupo de patologías que afecta a toda la población en el grupo racial, condición social, nivel económico.

En el Perú las neoplasias son la causa número dos de muertes, representando el 18% de la mortalidad, siendo la incidencia anual de 150,7 casos por 100,000 habitantes, toda vez que es una enfermedad que se encuentre en expansión, atacando a la población vulnerable y pobre, a las cuales deja prácticamente en la miseria.

### **Estadísticas**

Se estima que este año se diagnosticara cáncer de estómago a 27 510 persona (17 230 hombre y 10 280 mujeres) en los

Estados Unidos. Se estima que este año se producirán 11 140 muertes (6800 hombres y 4340 mujeres) a causa de esta enfermedad.

El cáncer de estómago ocurre con mayor frecuencia en personas mayores. Alrededor del 60% de las personas que reciben el diagnóstico tienen más de 64 años. La edad promedio al momento del diagnóstico es 68 años.

La incidencia del cáncer de estómago varía en diferentes partes del mundo. Aunque el cáncer de estómago está disminuyendo en los Estados Unidos, sigue siendo uno de los tipos de cáncer más frecuentes y una de las principales causas de muerte por cáncer en todo el mundo.

La tasa de supervivencia a 5 años indica el porcentaje de personas que sobreviven al menos 5 años una vez detectado el cáncer. El término "porcentaje" significa cuántas personas de cada 100. La tasa de supervivencia a 5 años de las personas con cáncer de estómago es del 31%. Esta estadística refleja el hecho de que la mayoría de las personas con cáncer ya se ha diseminado a otras partes del cuerpo. Si el cáncer de estómago se detecta antes de que se haya diseminado, la tasa de supervivencia a 5 años es generalmente más elevada, pero depende del estadio del cáncer que se encuentre durante la cirugía.

Si el diagnóstico y el tratamiento del cáncer se realizan antes de que se disemine a otras partes fuera del estómago, la tasa de supervivencia a 5 años es del 68%. Si el cáncer se ha diseminado hacia los tejidos o los órganos circundantes y/o los ganglios regionales, la tasa de supervivencia a 5 años es del

31%. Si el cáncer se ha diseminado a una parte distante del cuerpo, la tasa de supervivencia a 5 años es de 5% (26)

### **Patología**

El desarrollo del carcinoma gástrico invasivo implica una evolución gradual a través de una cascada de lesiones precancerosas. Se produce cambios histopatológicos secuenciales en la mucosa gástrica que incluyen gastritis atrófica con pérdida de masa de células parietales, metaplasia intestinal y 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 colon rectal. (27)

### **Síntomas**

El cáncer de estómago puede ser difícil de detectar en sus inicios ya que a menudo no hay signos, y en muchos casos, el cáncer se ha extendido antes de que encuentre. Cuando ocurren los síntomas, son a menudo tan discretos que la persona no se preocupa por ellos. Los signos y síntomas del cáncer de estómago suelen estar relacionados con el estadio del cáncer. (28)

**Síntomas iniciales:** Sensación de llenura precoz, dispepsia, náuseas, hiperoxia, epigastralgia.

**Síntomas Tardíos:** Hemorragia digestiva alta, Vómitos, pérdida de peso (sin intención de adelgazar), dolor abdominal, masa abdominal, ictericia, ascitis, disfagia, anemia. (29)

Es importante señalar que estos síntomas no son los únicos cánceres y puede estar presente en otras enfermedades del tracto digestivo, como infecciones o úlceras de estómago.

## **Factores de Riesgo**

La mayoría de cambios genéticos que conducen al cáncer de estómago ocurren después del nacimiento. Algunos de estos cambios pueden ser causados por factores de riesgo como 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 rasgo que afecta 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.

Pero tener un factor de riesgo, o incluso varios factores de riesgo que hacen 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 sigue discutiendo aun algunos de estos se han ido confirmando a medida que pasa el tiempo, como son:

### **Factores Genéticos:**

#### **Factor Genético**

Son pocos la frecuencia, ya que el cáncer gástrico puede estar relacionado con otros factores genéticos. Un claro ejemplo tenemos, el síndrome de cáncer gástrico difuso hereditario varios miembros de la familia desarrollan este tipo de cáncer y existe una mutación en un gen llamado cadherina, gen que está ubicado en el brazo corto del cromosoma 16, el cual codifica la proteína de adhesión intercelular, E- cadherina; los tipos de mutaciones del gen CDH1 generará desorganización celular con la consecuencia infiltración tumoral hacia los tejidos adyacentes.

### **Factores Familiares**

La incidencia es de 2-3 veces mayor en aquellas personas con varios familiares diagnosticados de cáncer gástrico, aunque no se identifique una alteración genética subyacente. (30)

### **Grupo Sanguíneo A.**

Son sustancias que normalmente están presentes en la superficie de los glóbulos rojos y otros tipos de células. Estos grupos son importantes para determinar la compatibilidad de la sangre en las transfusiones. Por razones desconocidas, las personas con el tipo de sangre A tienen un mayor riesgo de llegar a padecer Cáncer de estómago. (31)

### **Factores Alimentarias**

Alimentación. 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 mutagenica de aquellos alimentos se ejerce a través de la transformación de los nitratos en nitritos y de estos e 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 poli cíclicos se consideran potencialmente carcinógenos; se debe mencionar que la falta de refrigeración tiene que ver con proceso de fermentación que promueven a la formación de dichos compuestos; lo que explica por qué en países desarrollados donde se conservan mejor los alimentos refrigerados existe mayor declive de los casos de cáncer gástrico. 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. El consumo de frutas y verduras frescas puede ayudar a disminuir el riesgo gracias a su contenido en vitamina C (32)

Carnes procesadas, ahumadas y asadas: Las carnes rojas contienen hierro, el cual promueve la formación de compuestos N-nitrosos, potencialmente mutagenicos y cancerígenos. En los casos de las carnes procesadas, las altas cantidades de sal y nitratos, nitratos y nitrosaminas también contribuyen en tal proceso. Adicionalmente, las carnes ahumadas o asadas a altas temperaturas pueden contener aminos heterocíclicos e hidrocarburos aromáticos policíclicos, también con potencial cancerígeno. Con la poca evidencia, sugiere que el consumo de carnes procesadas como el jamón, chorizo, tocino y embutidos; ahumadas o asadas como parillas, carnes al carbón) podría incrementar el riesgo de cáncer gástrico. El consumo de carnes procesadas con al menos 20g, al día se ha asociado con un incremento de 2 a 13%, y el de carnes asadas se ha asociado con un incremento de riesgo hasta seis veces mayor. En México, El consumo no solo de carnes procesadas sino también de

carnes frescas y pescados, se ha relacionado con un incremento de riesgo de cáncer gástrico.

También el consumo dietético de nitratos, nitritos y nitrosaminas se ha asociados con un incremento de riesgo de cáncer gástrico en diversos países, entre ellos México. No obstante, una reciente publicaciones donde sugiere que el consumo habitual de alimentación saludable no implica un riesgo mayor de cáncer gástrico.

### **Ají:**

En los estudios realizados en México y en países como España, Serbia, Colombia, India, Corea y Chile, el consumo de ají se ha agrupado consistentemente con un aumento del riesgo de cáncer gástrico. De acuerdo con las estimaciones de una reciente meta análisis que incluyó resultados de seis estudios que se realizaron en Latinoamérica, tres de ellos en México, el consumo de Chile se asoció con un incremento del riesgo de cáncer gástrico. Asimismo, varios estudios en poblaciones asiáticas han observado un incremento no significativo del riesgo picante. En México se identificó un riesgo particularmente elevado de cáncer gástrico asociado con el disfrute frecuente de la sensación de picor.

Existe evidencia experimental que sugiere que la capsaicina (sustancia activa que proporciona el picor al ají) podría ser genotóxica, carcinogénica y provocar otros efectos dañinos como el aumento del número de linfocitos y exfoliación del epitelio intestinal. Sin embargo, contradictoriamente, también podría ser citoprotectora de la mucosa gástrica, hecho probablemente relacionado con la mucosa gástrica, hecho probablemente relacionado con la dosis administrada. La gran

variedad de chiles y sus diferencias en cuanto al contenido de capsaicina podría explicar, en partes, porque algunos estudios no han observado una asociación significativa entre su consumo y un aumento del riesgo de cáncer gástrico. Solo en México. Se han realizado estudios que estiman la ingesta de capsaicina (a partir de 17 diferentes tipos de ají) y que han encontrado que, a partir de un consumo de 30mg por día (aproximadamente tres ajíes), el riesgo de cáncer gástrico aumenta más de 60%.

**Bebidas Alcohólicas:** El alcohol puede iniciar o promover el desarrollo del cáncer por múltiples efectos biológicos, no obstante, la evidencia epidemiológica disponible al año 2007 no permitió emitir un consenso al respecto. En México, se ha identificado un aumento de casi dos o tres veces del riesgo de cáncer gástrico asociado con el consumo de alcohol (etanol vino y destilados).

**Leche, yogurt y otros lácteos:** Los resultados de un reciente meta análisis en poblaciones chinas muestran que el consumo de productos lácteos reduce el riesgo de cáncer gástrico no obstante, la información acerca de los mecanismos subyacentes que podrían explicar dicha asociación es incipiente. Al respecto, existe evidencia experimental que sugiere que los lactobacilos presentes en los productos lácteos fermentados, como el yogurt, podrían actuar de forma indirecta en la carcinogénesis gástrica y reducir el crecimiento de *H. Pylori*, que prolifera en medios alcalinos. Consistentemente, en algunos estudios observacionales como el realizado en población mexicana se ha informado de una relación inversa entre el consumo de yogurt y la seropositividad a *H. Pylori*. En cualquier caso, la escasa y contradictoria información disponible a la fecha no ha permitido emitir una posición acerca del consumo de leche y sus derivados

con respecto al cáncer gástrico. Nutrientes y otros compuestos de los alimentos: La evidencia de la relación entre el riesgo de cáncer gástrico y el consumo dietético de nutrientes y otros compuestos bioactivos de los alimentos (ácidos grasos, proteínas, aminoácidos, vitaminas, minerales, polifenoles, etc.) es escasa, excepto para el consumo de selenio (Se). La deficiencia de Se dietético provoca una disminución en la expresión de varias selenoproteínas con actividad antioxidante y anti-inflamatoria, como en el caso de la inflamación producida por *H. Pylori* en la mucosa gástrica. En los estudios donde se ha evaluado el consumo de Selenio por medio de sus niveles en sangre se ha observado una disminución del riesgo de hasta 56% en estudios de casos y controles. En México, el consumo de proteína, grasa saturada, grasa monoinsaturada y colesterol se ha asociado con un aumento de riesgo de cáncer gástrico. En contraste, el consumo de grasa poliinsaturada, vitamina E y ciertos polifenoles (ácidos cinámicos, secoisolaricínresinol y coumestrol) ha mostrado efectos protectores. (33)

**Exposición ocupacional.** La exposición a determinadas sustancias en polvo o gas (Acetona: Ingrediente principal en la pintura y removedor de esmalte de uñas, Ácido acético: Tinte y revelador del pelo; Ácido esteárico: Cera de vela, Amoníaco, cadmio.) Tabaco y alcohol. El uso de tabaco y el consumo excesivo de alcohol pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de estómago ya que un cigarrillo contiene cuatro mil sustancias químicas (alquitrán, fenol, nicotina, etc.) de las cuales 200 son venenosas y 40 de ellas cancerígenas.

Obesidad. Como también el sobrepeso corporal aumenta el riesgo de que el hombre desarrolle cáncer de estómago. No está

claro si la obesidad aumenta el riesgo de la mujer de padecer cáncer de estómago. (26)

Nuestro país cuenta con una gran biodiversidad y oferta alimentaria, pero preocupa que el importante patrón de consumo de bebidas gaseosas y posiblemente una importante proporción de consumo de alimentos procesados, no saludables, estén generando un problema de salud pública. Por otro lado, como se sabe, la oferta alimentaria urbana del país es mayor y más variada que en las zonas rurales, incluyendo productos que no son ni peruanos, ni saludables, ni naturales, ni sabrosos. Y ha creado un patrón de comportamiento que se puede resumir en una frase: evitar “perder el tiempo”, mientras se almuerza conversando, ya sea en familia o con amigos, en un ambiente cada vez más obesogénico, sobreexpuestos a una publicidad multimillonaria de alimentos no saludables, orientada a estimular la demanda de la llamada “comida chatarra” (34)

Por otro lado la alimentación a su hora no se practica, porque lamentablemente prevalece el consumo de alimento hipercalórico y rico en grasa saturadas, sobre todo por las noches y no se considera el desayuno como alimento esencial así dejando a un lado para consumir de noche en abundancia, este desorden alimenticio se hizo de rutina.

### **Factores biológicos:**

**Género.** El cáncer de estómago es más frecuente en los hombres que en las mujeres debido a que se cree que ellos están más expuestos los factores de riesgo.

**Edad.** Las tasas del cáncer de estómago en las personas de más de 50 años aumentan bruscamente. La mayoría de las personas diagnosticadas con cáncer de estómago se encuentran entre los 50 y 89 años de edad.

**Cirugía previa o estado de salud.** Las personas que han sido sometidas a cirugía de estómago, anemia perniciosa o aclorhidria tienen un riesgo más elevado de contraer cáncer de estómago. La anemia perniciosa es una disminución grave de los glóbulos rojos causada cuando el estómago no puede absorber la vitamina B12 correctamente. La aclorhidria es la falta de ácido clorhídrico en los jugos gástricos, que ayudan a digerir los alimentos.

**Inmunodeficiencias.** En alrededor del 2 al 10% de los pacientes con inmunodeficiencias primarias pueden aparecer linfomas de localización gástrica. La aparición de carcinomas es menos frecuente.

**Muñón gástrico.** En pacientes gastrectomizados por una lesión benigna aumenta el riesgo de padecer un carcinoma en el estómago remanente a partir de los 5 años de la resección. Por este motivo hay que controlar a los pacientes operados transcurrido ese período de tiempo, aunque el número de gastrectomías por causas distintas al cáncer es muy reducido en la actualidad (35)

**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.

**Otros factores:**

La ingesta de alcohol, un irritante gástrico es un factor de riesgo importante, para el cáncer gástrico. Le Bebidas calientes, y consumo de tabaco. Este último, fumar aumenta el riesgo de cáncer de estómago, en particular para los canceres de la porción superior del estómago cerca del esófago. La tasa del cáncer de estómago es aproximadamente el doble en fumadores. Se sabe que fumar disminuye las prostaglandinas que mantiene 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 por helicobacter pylori parece ser una causa importante de cáncer de estómago, especialmente cáncer de estómago, especialmente canceres en la parte inferior 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 nitrosa minas las cuales son potenciales carcinogénicas y cambios precancerosos del revestimiento interno del estómago. La persona con cáncer de estómago tiene una tasa más alta de infección por H. pylori que las personas sin este cáncer. La infección de 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 de cáncer.

### **Diagnostico**

Si bien esto es cierto, existen innumerables estudios de imagen cerca del diagnóstico de cáncer gástrico, pero la excelencia es la biopsia porque nos permitirá clasificar en función de la biopsia su tipo histológico. Por mencionar, actualmente existen los siguientes estudios imágenes: endoscopia, ultrasonido, tomografía, resonancia magnética (36)

### **Causas Del Cáncer Gástrico**

Hay muchos factores de riesgo conocidos para el cáncer de estómago, pero no se debe exactamente como estos factores causan que las células del revestimiento del estómago se vuelvan cancerosas. Este es el tema de la investigación en curso.

### **Etiología**

#### **H.Pylori**

Abundan los hechos que apoyan que la infección por H. Pylori podría ser un factor importante en la patogenia de las neoplasias gástricas malignas, por ejemplo:

1. En los Estados Unidos ha quedado demostrado el aumento de la incidencia de H.pylori en los pacientes con cáncer gástrico.
2. Se comprueba su alta frecuencia en las áreas del mundo donde la incidencia de cáncer es elevada, como en china.
3. Estudios de casos y controles señalan que existe una probabilidad mayor de infección por H.pylori en los pacientes con

cáncer gástrico. Se estima que esta infección contribuye en más de 60% del riesgo de cáncer gástrico en una población dada.

4. Hay tumores de la unión gastroesofágica y cardias que no se asocian con infección por H.pylori.
5. Está documentado, por medio de estudios seroepidemiológicos que los pacientes que cursan con úlceras gástricas y desarrollan cáncer gástrico, son portadores de infección por H.pylori.

**Patogenia de H. pylori asociada a la carcinogénesis gástrica:**

la acción patogénica de H.pylori se ha consolidado como una condición importante en lo posible desarrollo de las lesiones pre neoplásicas, así como de los tumores gástricos malignos. Es posible que influya en la producción de sustancias carcinogénicas ( derivados nitrosos ) o induzca eventos mutagénicos , como en la gastritis atrófica superficial y en la puede quedar establecido del siguiente modo : H.pylori induce una gastritis crónica , la reacción crónica, la reacción inmunológica produce durante la misma, que en ocasiones llega afectar a las células glandulares, sería responsable de la aparición de focos de gastritis atrófica, del aumento del pH y , consecuentemente, del aumento de producción de nitritos y derivados nitrosos, lo que facilita la aparición de una metaplasia intestinal, cuya incidencia se incrementa con la edad, y sobre ella, focos de displasia epitelial que evolucionarían hacia el cáncer gástrico, esta última es la única lesión histológica que se asocia específicamente con el cáncer gástrico, la cual se clasifica como ligera, moderada y severa, siendo la lesión severa, la forma neoplásica maligna definida.

helicobacter pylori y linfoma MALT otro tipo de neoplasia gástrica muy reconocida que se asocia con la infección por H.pylori es el linfoma tipo MALT de bajo grado. Estos tumores se presentan

con baja frecuencia, predomina su localización no ganglionar en el estómago, lo que contrasta con el hecho de que normalmente no existe tejido linfoide organizado a este nivel.

La infiltración linfocitaria secundaria a la infección por H.pylori puede transformarse en determinadas circunstancias en linfoma tipo MALT , se demuestra la remisión histológica y cura de estos linfomas al erradicar a este microorganismo. En este sentido, Roggero y Col, señalan la regresión de linfomas gástricos de células B de alto grado después de la erradicación de H.pylori .

Estos investigadores administraron una terapia anti-H. pylori en pacientes con linfomas gástricos y observaron la regresión histológica evidente en la primera endoscopia de control (40-70 días); todos los casos tratados quedaron libres de linfoma a los 16 meses pos tratamiento. en este estudio, se concluye que la terapia de la infección por H.pylori parece importante en algunos linfomas de alto grado (37)

### **Prevención**

Es la aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como propósito impedir la aparición de la enfermedad. El objetivo es disminuir el nivel de los factores de riesgo o la probabilidad de que ocurra un evento de enfermedad, se relacionan con los problemas de salud y son esencialmente correctivos. La prevención procede fundamentalmente en individuos o grupos sociales específicos, en los cuales por sus características son susceptibles de adquirir enfermedades específicas. Permite la neutralización de los factores de riesgo de contraer una enfermedad utilizando estrategias de control viable y eficaz. De esta forma se anticipa a la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante

el control de los agentes causales y factores de riesgo. En la prevención primaria, las estrategias van dirigidas principalmente a la población general y serán más exitosas en la medida en que la misma sociedad participe en la sensibilización de la modificación de determinadas conductas de riesgo. Están dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud (38)

### **Prevención primaria**

El primer nivel es el más cercano a la población, es el nivel del primer contacto con la comunidad. Esta dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atenciones básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.

Es la puerta de entrada al sistema de salud, se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. (39)

Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud, medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores predisponentes o condicionantes (OMS ,1988, Colimon, 1978) (40) El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad.

## **Prevención Secundaria**

Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos.

En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aun aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad “6 (OMS, 1988, Colimon, 1978) (40)

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría donde los médicos prescriben tratamiento de acuerdo a la enfermedad que presenta el usuario, Sin embargo, la persona primero se auto medica antes de acudir a los servicios de salud. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población (41)

Por lo tanto, en Perú. El Ministerio de Salud ha constituido una comisión sectorial encargada de implementar el Plan Esperanza

( RM 215-2013/MINSA), marca un hito en la historia del control del cáncer en el Perú, por el número de personas atendidas y el incremento de la intervención en etapas más tempranas, por lo tanto se creó un Programa presupuestal de prevención y control del cáncer que sostiene al Plan Esperanza fue implementado en todo el país y ha contribuido significativamente a la descentralización de los servicios oncológicos. Su finalidad es permitir el acceso de la población a los servicios de promoción de la salud, prevención primaria, prevención secundaria, diagnóstico temprano, tratamiento oncológico integral y soporte complementario, mediante el SIS, así como actividades que se realizan en centros de salud con la finalidad de prevenir de muchas enfermedades ya sea curable y no curables.

### **Promoción de la salud**

La promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, donde se la define como “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla (42) “La estrategia propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso de la promoción de salud supone, involucrar a la comunidad en la implantación de las políticas.

La promoción de la salud está ligada íntimamente a la salud e involucra sustancialmente a la vida cotidiana, esto es la vida personal, familiar, laboral y comunitaria de la gente.

La prevención se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo, en cambio la promoción de la salud está centrada en esta

y pone su acento en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales de la misma (cuando se hace referencia a prevención se centra en la enfermedad y cuando se habla de promoción en la salud).

Así mismo según el Minsa la promoción de la salud, es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre la salud y mejorarla. En tal sentido, involucra a personas, familias y comunidades en un proceso de cambio orientado a modificar los condicionantes y determinantes de la salud: ingreso y posición social, redes de apoyo social, educación, empleo y condiciones de trabajo, entorno físico, características biológicas, dotación genética, hábitos personales, aptitudes de adaptación y servicios de salud.

### **Conocimiento**

Definen el conocimiento como la capacidad para resolver un determinado conjunto de problemas. (43)

El **conocimiento** es un conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o la adquisición de conocimientos o a través de la observación. En el sentido más extenso que se trata **de la tenencia de variados datos interrelacionados** que al ser tomados por si solos, poseen un menor valor cualitativo.

Rodríguez valencia (2005) definen el conocimiento como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurables. La información

se transforma en conocimiento una vez procesada en la mente del individuo y luego nuevamente en información una vez articulado o comunicado a otras personas mediante textos, formatos electrónicos, comunicaciones orales o escritas, entre otros. (44)

### **Tipos de conocimiento**

Hay diversos autores que clasifican tipos de conocimientos dentro de ellos, esta Blacker quien hace hincapié en dos puntos importantes del conocimiento, el conocimiento como algo que la gente tiene o posee y el conocimiento como aquello que la gente hace, es decir como un proceso define 5 tipos de conocimiento:

**Conocimiento cerebral:** Es el conocimiento que depende de habilidades conceptuales de las cuales permiten cuestionar, entender o desarrollar relaciones complejas.

**Conocimiento corporal:** Está orientado a la acción y a la práctica siendo en la mayoría de los casos un conocimiento muy poco explícito, se adquiere actuando o llevando a cabo acciones, con lo que viene dado por los contextos específicos.

**Conocimiento incorporado en la cultura:** Se refiere al proceso de lograr un entendimiento compartido. Dicho conocimiento es construido socialmente.

**Conocimiento incrustado en las rutinas:** Es analizable en términos sistémicos en las relaciones entre tecnologías, roles procesos formales y las rutinas emergentes.

**Conocimiento codificado:** Es información expresada en signos y símbolos. (45)

## **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 objetos 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: (46)

## **CONSULTA EXTERNA**

Los objetivos de la consulta externa son los siguientes: Proporcionar al paciente enfermo, atención médica, técnica y enfermería, en forma directa, continua, individualizada y humanizada con el mínimo de riesgos posibles. Planificar, organizar y coordinar la atención que se le brinda al paciente. (47)

### **2.4. Definición de términos**

**Cáncer:** El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del

organismo. (La Organización Mundial de Salud, Perú en el año 2018)

**Factores:** Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de tolerar una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (Organización Mundial de Salud “factor de riesgo” en el Perú el año 2019)

**Conocimientos:** Es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, institución o personal.

**Prevención:** Son todas aquellas medidas destinadas no solamente a prevenir, sino también a la aparición de la enfermedad, tales como factores de riesgo destinadas a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas (Según la Organización Mundial de la salud en Perú en el año 2018).

**Sociocultural.-** Interculturalidad en Salud es la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud - enfermedad considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como sus formas de fundamentarlas.<sup>3</sup> Ello no implica privar a dichas poblaciones del derecho a acceder a la información y al conocimiento del desarrollo científico actual, así como a beneficiarse de dicha práctica, en especial si se trata de recuperar la salud o de salvar la vida. A la vez implica asegurar

que tal relación intercultural se establezca sin discriminación, ni estableciendo relaciones de poder o de coerción, de ninguna de las partes.( Según la directiva administrativa n°261-minsa/2019/Dgiesp aprobado con RM n° 228-2019-minsa Adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención) (47)

### **III.- VARIABLES Y HIPOTESIS**

#### 3.1.1. Hipótesis

##### **Hipótesis General**

Existe asociación del conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019.

##### **Hipótesis Nula**

NO, existe asociación del conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019.

##### **Hipótesis Específicas**

Existe conocimiento sobre factores de riesgo de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019.

Existe condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019.

#### **3.2.- Definición conceptual de variables**

Existen relación directa entre el conocimiento en su dimensión Genético y condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.

Existen relación entre el conocimiento en su dimensión biológico y condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.

Existen relación entre el conocimiento en su dimensión de hábitos y condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.

Existen relación entre el conocimiento en su dimensión social y condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.

Existen relación entre el conocimiento en su dimensión condición cultural y condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.

### **Variable independiente Factores Asociados**

Algo que puede aumentar la probabilidad de padecer de una enfermedad. Algunos ejemplos de factores de riesgo para el cáncer son: edad, antecedentes familiares de ciertos cánceres, consumo de productos del tabaco, exposición a la radiación u otras sustancias químicas, infecciones por ciertos virus o bacterias, y ciertos cambios genéticos. (Instituto Nacional de Cáncer "Factores de Riesgo". 23 de Diciembre de 2015).

### **Condición Sociocultural**

De acuerdo con la teoría sociocultural de Vygotsky, el desarrollo cognitivo de los individuos se encuentra directamente relacionado con la interacción social en el marco de la cultura dominante, es decir, que responde al proceso de socialización. Se comprende, pues, que el desarrollo de la persona es consecuencia de la socialización. (DiCamilla y Antón 1997: 624-625) Rusia (48)

### **Consulta externa:**

Los objetivos de la consulta externa son los siguientes: Proporcionar al paciente enfermo, atención médica, técnica y enfermería, en forma directa,

continua, individualizada y humanizada con el mínimo de riesgos posibles.  
Planificar, organizar y coordinar la atención que se le brinda al paciente.

### 3.3 Operalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº ITEMS	ÍNDICE	MÉTODO	TÉCNICA
V1: Conocimiento sobre Factores de riesgo	<p>Un factor es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.</p> <p>OMS (2002) (35)</p> <p>el conocimiento como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurales (Alavi y Leidner 2003) (36)</p> <p>Medidas destinadas no solamente a prevenir la</p>	<p>Conocimiento de factores Genético</p> <p>Conocimiento de factores Biológico</p> <p>Conocimiento de Hábitos nocivos</p>	<p>Edad</p> <p>Genero</p> <p>Antecedentes Familiares</p> <p>Higiene de alimentos</p> <p>Enfermedad de riesgo</p> <p>Alimentos</p> <p>Actividades laborales</p> <p>Tabaquismo</p>	<p>P1</p> <p>P2</p> <p>P3-P4</p> <p>P5-P5</p> <p>P6</p> <p>P7</p> <p>P8-P9-</p> <p>P10</p> <p>P11-P12-</p> <p>P13-P14-</p> <p>P15-P16</p>	<p>Conoce (1)</p> <p>No conoce (0)</p>	<p>Hipotético Deductivo</p> <p>Por que consiste en la entrevista el fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de conclusiones que la propia hipótesis y comprobación con la experiencia (la formación de hipótesis y la deducción) con la entrevista de la realidad.</p>	<p>La técnica para recolectar los datos es la entrevista.</p>

<p><b>V2:</b> Condición sociocultural</p>	<p>aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (OMS 1998) (37)</p> <p>La sociedad, como conjunto de personas que comparten un mismo espacio y contexto, hace posible el desarrollo de una cultura. Esta cultura es la que caracteriza ciertas costumbres, tradiciones y normas dentro de la sociedad, que le permiten diferenciarse de otros grupos humanos. (38)</p>	<p>Social</p> <p>Cultural</p>	<p>Edad del paciente</p> <p>Sexo del Paciente</p> <p>Grado de Instrucción</p> <p>Ocupación</p>	<p>*30-39 ( ) *40 -49-( ) *50-59( ) *60 años a mas ( )</p> <p>*Hombre *Mujer</p> <p>Sin estudios Primaria Secundaria Superior</p> <p>Ama de Casa</p> <p>Sin trabajo actualmente</p> <p>Con trabajo actualmente</p>	<p>30-39 (0) *40 -49-(1) *50-59(2) *60 años a mas(3)</p> <p>*Hombr e (0) *Mujer( 1)</p> <p>Sin estudios(0) Primaria (1) Secundaria (2) Superior (3)</p>	<p>Hipotético deductivo</p>	<p>La técnica para recolectar los datos es la entrevista.</p>
---	--	-------------------------------	--	--	---	-----------------------------	---

					Ama de Casa (0)  Sin trabajo actualm ente(1)  Con trabajo actualm ente(2)		
--	--	--	--	--	--	--	--

## **IV.- DISEÑO METODOLOGICO**

### **4.1.- Tipo y diseño de investigación**

#### **4.1.1 Tipo de Investigación**

El presente trabajo de investigación es cuantitativo no experimental, aplicada, transversal

El presente trabajo de investigación es un trabajo de tipo básico descriptivo por su carácter inédito y porque describe el fenómeno a investigar tal y como se presenta en la realidad: según Tamayo (2006) "Comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o proceso de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre grupo de personas, grupo o cosas, se conduce o funciona en presente".

#### **4.1.2 Diseño de Investigación**

El diseño de investigación es Descriptivo, correlacional y de corte trasversal

### **4.2.-Método de investigación**

Respecto al método se trata de una investigación bivariada de causa efecto, donde refiere el autor Dimas que el análisis de datos bivariado es una forma evolucionada de análisis estadístico en el cual se cuantifica a nivel descriptivo e inferencial el nivel de covarianza entre dos variables y de esta forma se da cuenta de la relación entre dos variables

### **4.3.-Población y muestra**

La población de la presente investigación estuvo compuesta por personas mayores de dieciocho años de edad que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena", siendo un total 75 personal que acudieron al hospital.

La muestra estará constituida por 80 personas mayores de 18 años que acuden al consultorio externa del Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena"

Según epiinfo, el tamaño de la muestra será calculada con un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Todos los pacientes que acuden al consultorio externo de preventorio de cáncer, como también los padres de los pacientes que se atenderán en el consultorio de medicina.
- 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.
- Pacientes que no tenga limitaciones para comunicarse (sorda muda).
- Pacientes que acepten participar en el 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.
- Pacientes que no complete el consentimiento informado o el instrumento.
- Pacientes menores de 18 años.

#### **4.4.- Lugar de estudio**

El estudio se realizará en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, en el consultorio externo de preventorio de cáncer ubicado en la AV. Alcides Carrión S/N cdra.01 del Distrito Andrés Avelino Cáceres, de la Provincia de Huamanga, Departamento de Ayacucho.

#### **4.5.- Técnica e instrumento de recolección de datos**

La técnica para recolectar los datos es la entrevista y el instrumento es el cuestionario, elaborado mediante preguntas relacionadas a las dimensiones conocimiento genético, conocimiento de factor de riesgo y conocimiento de hábitos nocivos; social y cultural que nos permitirá conocer detalladamente como intervienen en la prevención de la población que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho.

#### **4.6.-Análisis y Procesamiento de datos**

El análisis y procesamiento de los datos se realizará mediante procesos estadísticos para lo cual se utilizará el programa computacional Excel 2010, previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz de datos.

Los datos fueron procesados empleando en el software estadístico SPSS, luego se presentaron en cuadros y graficas estadísticas simples y compuestas de acuerdo a los objetivos propuestos.

## V.- RESULTADOS

### 5.1. Resultados Descriptivos

#### 5.1.1 Identificación del conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico

Tabla N° 5.1

#### Conocimiento sobre Factores de Riesgo de Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019

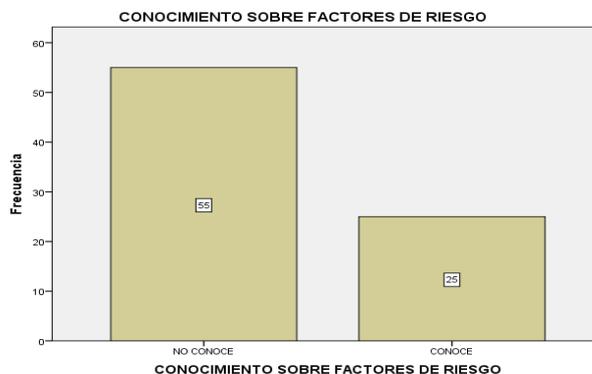
Conocimiento sobre Factores de Riesgo	N°	%
NO CONOCE	55	68,8
CONOCE	25	31,3
Total	80	100,0

FUENTE: Elaboración propia

En la tabla N° 5.1, Del 100% (80) de muestra, se observar que el 68,8% (55) de la población que no conoce sobre factor de riesgo y el 31,3% (25) conoce sobre factores de riesgo de cáncer gástrico, de pacientes que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho.

Gráfico N° 5.1

#### Conocimiento sobre Factores de Riesgo de Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019



fuentes: elaboración propia

- **Identificación de las dimensiones del conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico**

**Tabla N° 5.2**

**Identificación del Conocimiento sobre Factores de Riesgo según Dimensión Conocimiento Genético de Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019**

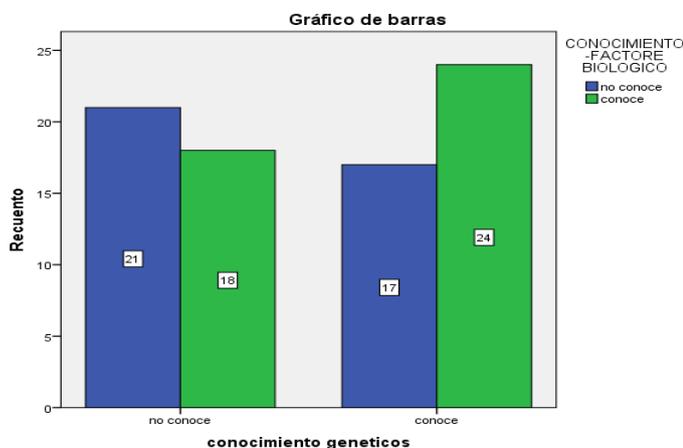
CONOCIMIENTO SOBRE FACTOR GENETICO		N°	%
(Menos de 12)	No conoce	39	48,8%
(Más de 12)	Conoce	41	51,2%
	Total	80	100,0%

*FUENTE: Elaboración propia*

En la tabla N°5.2, del 100% (80) de muestra, se observa que el 51,2% (41) de la población tienen conocimiento sobre factor genético y el 48,8% (39) de la población desconoce sobre factor genético de cáncer gástrico.

**Gráfico N° 5.2**

**Identificación del Conocimiento sobre Factores de Riesgo según Dimensión Conocimiento Genético de Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019**



*FUENTE: Elaboración propia*

**Tabla N° 5.3**

**Identificación del Conocimiento sobre Factores de Riesgo según Dimensión del conocimiento Biológico de Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019**

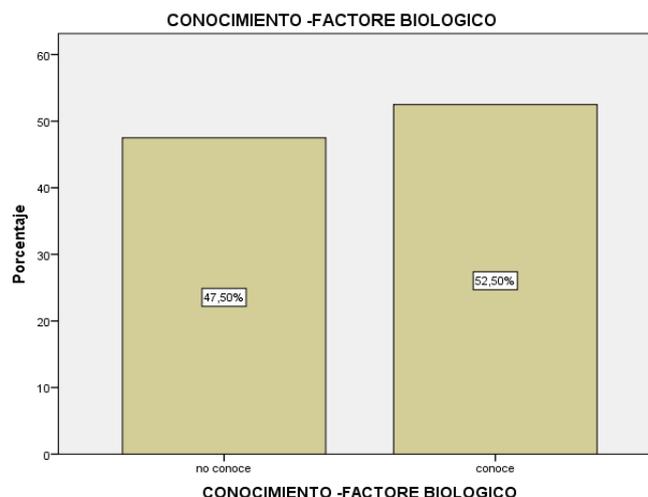
CONOCIMIENTO –FACTOR BIOLÓGICO		N°	%
(Menos de 12)	no conoce	38	47,5%
(Más de 12)	conoce	42	52,5%
	Total	80	100,0%

*FUENTE: Elaboración propia*

En la tabla N° 5.3, Del 100% (80) se observar que el 52,5% (42) de la población tienen conocimiento sobre factor biológico y el 47,5% (38) de la población desconoce sobre factor biológico de cáncer gástrico, de pacientes que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho.

**Grafico N° 5.3**

**Identificación del Conocimiento sobre Factores de Riesgo según Dimensión del conocimiento Biológico de Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019**



*FUENTE: Elaboración propia*

**Tabla N° 5.4**

**Identificación del Conocimiento sobre Factores de Riesgo según Dimensión de Hábitos Nocivos de Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**

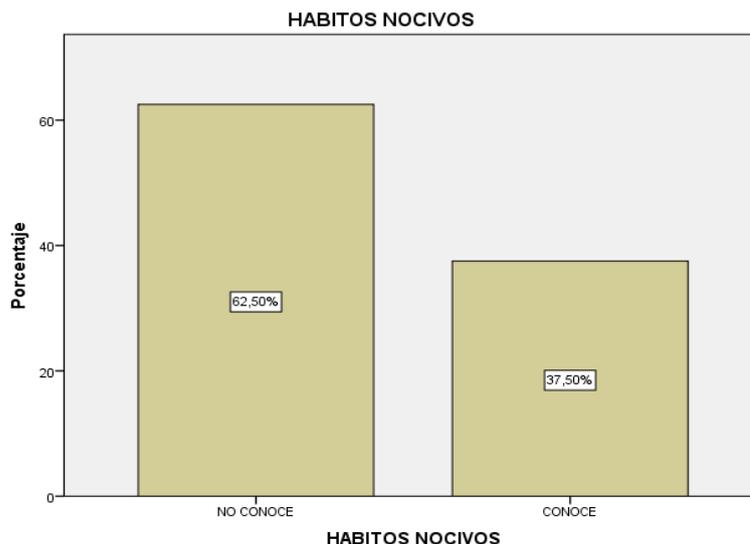
HABITOS NOCIVOS		N°	%
(Menos de 12)	NO CONOCE	50	62,5 %
(Más de 12)	CONOCE	30	37,5%
	TOTAL	80	100,0%

*FUENTE: Elaboración propia*

En la tabla N° 5.4, Del 100% (80) de muestra, se observa que el 62,5% (50) de la población no conoce sobre hábitos nocivos y el 37,5% (30) de la población conoce sobre hábitos nocivos de cáncer gástrico, de pacientes que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho.

**Grafico N° 5.4**

**Identificación del Conocimiento sobre Factores de Riesgo según Dimensión de Hábitos Nocivos de Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**



*FUENTE: Elaboración propia*

## 5.1.2. IDENTIFICACION DE LAS CONDICIONES SOCIO CULTURAL

Tabla N° 5.5

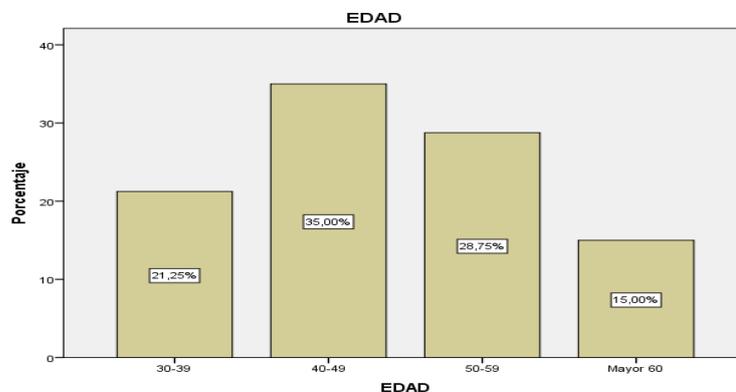
Identificación de las Condiciones Sociocultural según Edad en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.

		N°	%
Válido	30-39	17	21,3%
	40-49	28	35,0%
	50-59	23	28,7%
	Mayor 60	12	15,0%
	Total	80	100,0%

FUENTE: Elaboración propia

En la tabla N.º 5.5, Del 100% (80) se observa que el 35,0% (28) tienen conocimiento de cáncer gástrico entre las edades 40-49 años y el 28,7% (23) tienen conocimiento de cáncer gástrico entre las edades 50-59 años, así mismo el 21,3% (17) tienen conocimiento de cáncer gástrico entre las edades de 30-39 años; de la misma forma, el 15,0%(12) son mayores de 60 años tienen conocimiento de cáncer gástrico en pacientes que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho.

**Grafico N° 5.5**  
Identificación de las Condiciones Sociocultural según Edad de Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.



FUENTE: Elaboración propia

Tabla N° 5.6

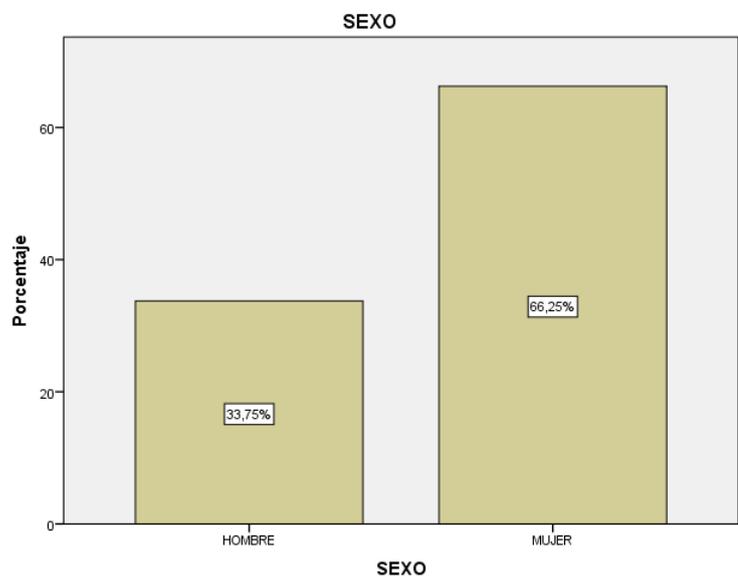
**Identificación de las Condiciones Sociocultural según Sexo Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**

		N°	%
Válido	HOMBRE	27	33,8%
	MUJER	53	66,3%
	Total	80	100,0%

*FUENTE: Elaboración propia*

En la tabla N° 5.6, Del 100% (80) se observa que el 66,3% (53) de pacientes son de sexo mujer y el 33,8% (27) de pacientes son de sexo hombre, la población tienen conocimiento según el sexo sobre el cáncer gástrico, de pacientes que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho.

**Grafico N° 5.6**  
**Identificación de las Condiciones Sociocultural según Sexo de Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**



*FUENTE: Elaboración propia*

**Tabla N° 5.7**

**Identificación de las Condiciones Sociocultural según Grado de Instrucción en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**

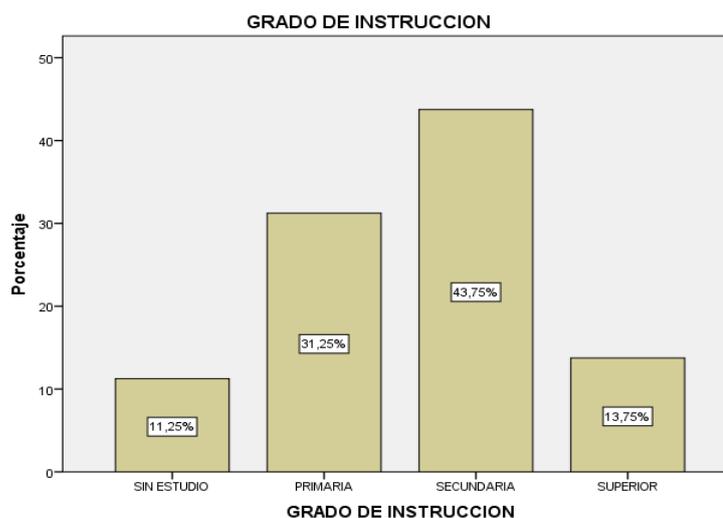
		N°	%
Válido	SIN ESTUDIO	9	11,3%
	PRIMARIA	25	31,3%
	SECUNDARIA	35	43,8%
	SUPERIOR	11	13,8%
	Total	80	100,0%

*FUENTE: Elaboración propia*

En la tabla N° 5.7, Del 100% (80) de la muestra, se observa que el 43,8% (35) son de secundaria, y el 31,3% (25) son de primaria, así mismo el 13,8% (11) son de nivel superior ; de la misma forma , el 11,3%(9) son sin estudio de pacientes que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho.

**Grafico N° 5.7**

**Identificación de las Condiciones Sociocultural según Grado de Instrucción de Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**



*FUENTE: Elaboración propia*

**Tabla N° 5.8**

**Identificación de las Condiciones Sociocultural según nivel Socioeconómico de Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**

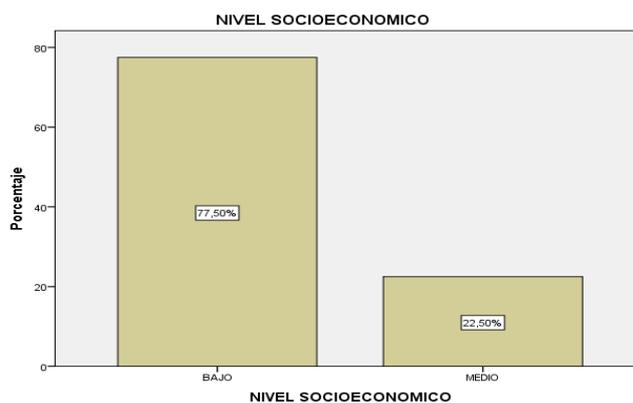
Nivel Socioeconómico		N°	%
Válido	BAJO	62	77,5%
	MEDIO	18	22,5%
	Total	80	100,0%

*FUENTE: Elaboración propia*

En la tabla N° 5.8, Del 100% (80) de muestra, se observa que el 77,5% (62) tienen nivel socioeconómico bajo y el 22,5% (18) tienen nivel socioeconómico medio de los pacientes que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho.

**Grafico N° 5.8**

**Identificación de las Condiciones Sociocultural según Socioeconómico de Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**



*FUENTE: Elaboración propia*

**5.1.3. Asociación de factor de riesgo y las condiciones socio cultural**

**Tabla N° 5.9**

**Conocimiento sobre Factor de Riesgo Asociado con Edad Sociocultural Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**

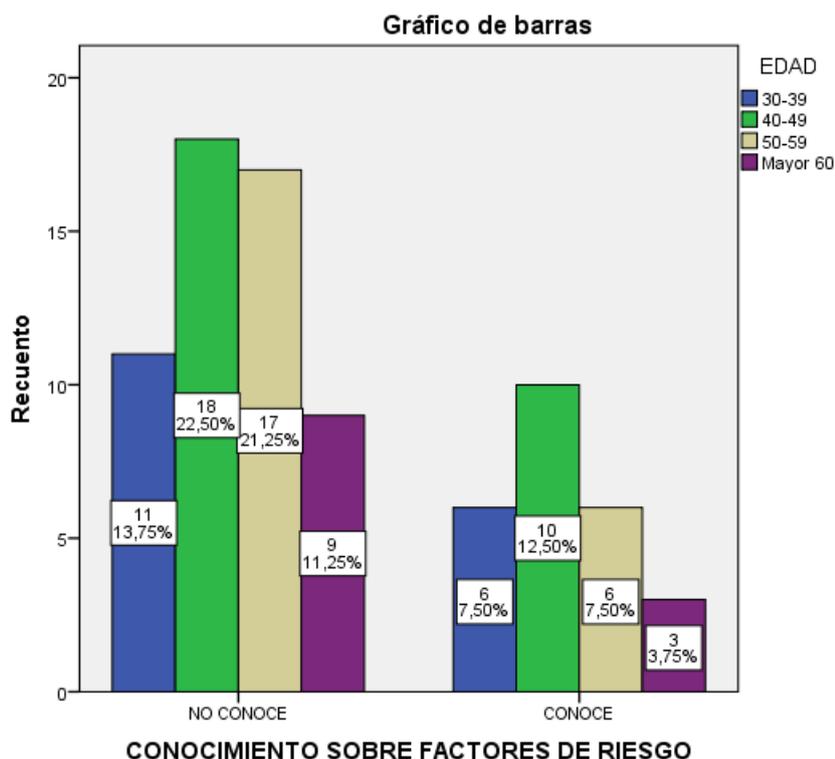
	<b>Conocimiento sobre Factores de Riesgo</b>					
	<b>No Conoce</b>		<b>Conoce</b>		<b>Total</b>	
<b>Edad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
30-39	11	13.75%	6	7.50%	17	21.3%
40-49	18	22.50%	10	12,50%	28	35.0%
50-59	17	21,25%	6	7.50%	23	28.7%
Mayor 60	9	11.25%	3	3.75%	12	15.0%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>68.75%</b>	<b>25</b>	<b>31.25%</b>	<b>80</b>	<b>100.0%</b>

*FUENTE: Elaboración propia*

En la tabla N.º 5.9 Del 100% (80) de la muestra, se observa que tienen conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico del total 68.75% (55) No conoce y 31,25% (25) Conoce, entre las edades 40-49 años (35,0%), 22.50% (18) No conoce y 12.50% (10) Conoce y entre las edades 50-59 años (28.7%), 21.25% (17) No conoce y 7.50% (6) Conoce, así mismo entre las edades de 30-39 años (21.3%), 13.75% (11) No conocen y 7.50% (6) Conoce; de la misma forma, son mayores de 60 años (15.0%), 11.25% (9) No conocen y 3.75% (3) Conoce, tienen conocimiento de cáncer gástrico en pacientes que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho.

Grafico N° 5.9

**Conocimiento sobre Factor de Riesgo Asociado con Edad Sociocultural  
Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital  
Regional de Ayacucho-2019.**



FUENTE: Elaboración propia

Tabla N° 5.10

**Conocimiento sobre Factor de Riesgo Asociado con Sexo Sociocultural  
Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital  
Regional de Ayacucho-2019**

	Conocimiento sobre Factores de Riesgo					
	No Conoce		Conoce		Total	
Sexo	N°	%	N°	%	N°	%
Hombre	16	20.00%	11	13.75%	55	33.75%
Mujer	39	48.75%	14	17.50%	25	66.25%
<b>Total</b>	55	68.75%	25	31.25%	80	100%

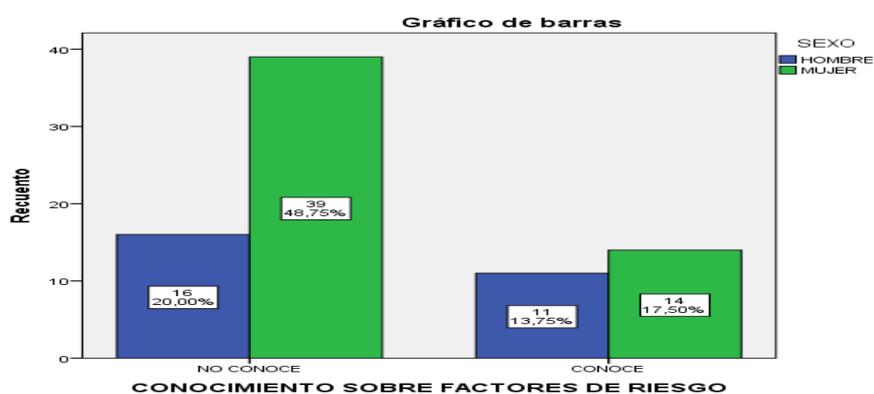
FUENTE: Elaboración propia

En la tabla N.º 5.10 Del 100% (80) de la muestra, se observa que del total del sexo hombre son 33.75% (55) y del total del sexo mujer son 66.25%

(25), por tanto ,del sexo hombre 20.00% No Conoce (16) y 13.75% Conocen (11) así mismo, son de sexo mujer que el 48.75% No conoce (39) y 17.50% Conoce (14), tienen conocimiento según el sexo sobre el cáncer gástrico, de pacientes que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho.

**Gráfico N° 5.10**

**Conocimiento sobre Factor de Riesgo Asociado con Sexo Sociocultural  
Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital  
Regional de Ayacucho-2019**



FUENTE: Elaboración propia

**Tabla N° 5.11**

**Conocimiento sobre Factor de Riesgo Asociado con Grado de Instrucción  
Sociocultural Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del  
Hospital Regional de Ayacucho-2019.**

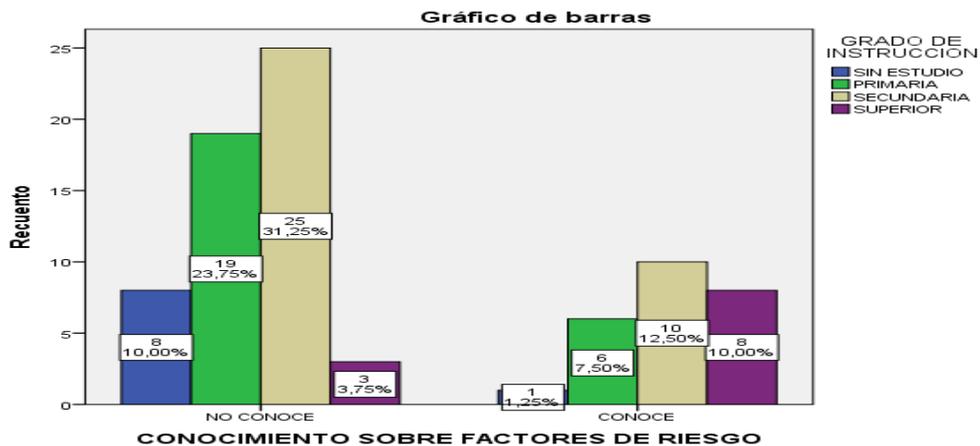
	Conocimiento sobre Factores de Riesgo					
	No Conoce		Conoce		Total	
Grado de Instrucción	N°	%	N°	%	N°	%
Sin Estudio	8	10.00%	1	1.25%	9	11.25%
Primaria	19	23.75%	6	7.50%	25	31.25%
Secundaria	25	31,25%	10	12.50%	35	43.75%
Superior	3	3.75%	8	10.00%	11	13.75%
<b>Total</b>	55	68.75%	25	31.25%%	80	100.0%

FUENTE: Elaboración propia

En la tabla N.º 5.11 Del 100% (80) se observa que del total según grado de instrucción 68.75% No Conoce y 31.25% Conoce, así mismo del total con Secundaria es 43.75% (35), con Secundaria No Conoce el 31.25% (25) y el 12.50% (10), del total de Primaria es el 31.25% (25), con Primaria No Conoce 23.75% (19) y Conoce 7.50% (6), con Nivel superior del total 13.75% (11), No Conoce el 3.75% (3) y Conoce el 10.00% (8) de la misma manera del total Sin Estudio 11.25% (9), No conoce Sin Estudio 10.00% (8) y Conoce 1.25% (1), tienen conocimiento según el grado de instrucción sobre cáncer gástrico en pacientes que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho.

**GRAFICO N° 5.11**

**Conocimiento sobre Factor de Riesgo Asociado con Grado de Instrucción Sociocultural Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**



**Tabla N° 5.12**

**Conocimiento sobre Factor de Riesgo Asociado con Ocupación Sociocultural Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**

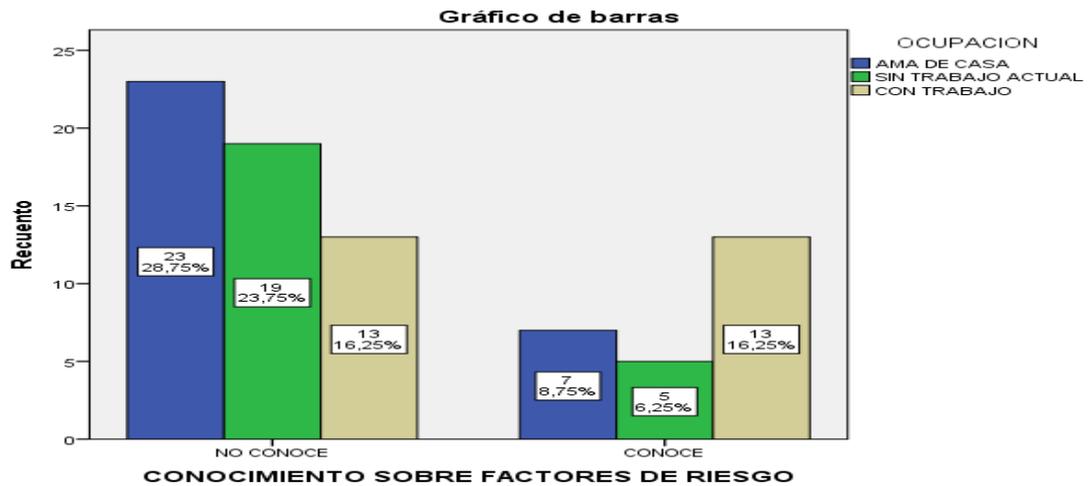
	<b>Conocimiento sobre Factores de Riesgo</b>					
	<b>No Conoce</b>		<b>Conoce</b>		<b>Total</b>	
<b>Ocupación</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ama de Casa	23	28.75%	7	8.75%	30	37.5%
Sin trabajo Actual	19	23.75%	5	6.25%	24	30%
Con trabajo	13	16.25%	13	16.25%	26	32.5%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>68.75%</b>	<b>25</b>	<b>31.25%</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

*FUENTE: Elaboración propia*

En la tabla N.º 5.12 Del 100% (80), se observa que del total según la ocupación No conoce el 68.75% (55) y del total que Conoce 31.25% (25) , así mismo, Son Ama de casa 37.5% (30) No Conoce 28.75% (23) y Conoce 8.75% (7), Con Trabajo 32.5%(26) No Conoce 16.25% (13) y Conoce 16.25% (13) y sin trabajo actual 30% (26) , No Conoce 23.75% (19) y Conoce 6.25% (5), tienen conocimiento según su ocupación sobre cáncer gástrico en pacientes que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho.

**Grafico N° 5.12**

**Conocimiento sobre Factor de Riesgo Asociado con Ocupación Sociocultural Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**



FUENTE: Elaboración propia

**Tabla N° 13**

**Conocimiento sobre Factor de Riesgo Asociado con Nivel Socioeconómico Sociocultural Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**

	Conocimiento sobre Factores de Riesgo					
	No Conoce		Conoce		Total	
Nivel Socioeconómico	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	47	58.75%	15	18.75%	62	77.5%
Medio	8	10.00%	10	12.50%	18	22.5%
<b>Total</b>	55	68.75%	25	31.25%	80	100%

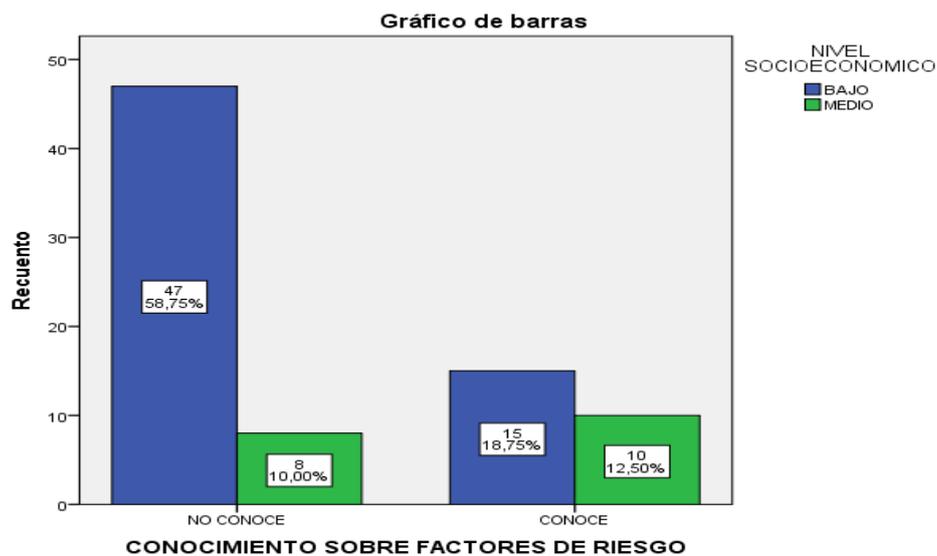
FUENTE: Elaboración propia

En la tabla N.º 5.13 Del 100% (80) se observa que del total con nivel socioeconómico Bajo 77.5% (62) y del total con el nivel socioeconómico

Medio 22.5%(18) , así mismo, con Nivel socioeconómico Bajo No Conoce 58.75% (47) y Conoce 18.75% (15) y con nivel Socioeconómico Medio No Conoce 10.00 % (8) y Conoce 12,50% (10) , de pacientes que tienen conocimiento según nivel socioeconómico sobre cáncer gástrico en pacientes que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho.

**Gráfico N° 13**

**Conocimiento sobre Factor de Riesgo Asociado con Nivel Socioeconómico Sociocultural Cáncer Gástrico en Pacientes del Consultorio Externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**



FUENTE: *Elaboración propia*

**Tabla N° 5.14**

**Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con hábitos nocivos sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**

CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO		Hábitos Nocivos					
		No Conoce		Conoce		Total	
		N°	%	N°	%	N	%
(< 12 puntos)	NO	42	52,50%	13	16,25%	55	68,75%
(> 12 puntos)	CONOCE	8	10,00%	17	21,25%	25	31,5%
Total		50	62,50%	30	37,5%	80	100%

FUENTE: Elaboración propia

Del 100% (80) se observa que el 68.75% (55) no conocen los factores de riesgo, de las cuales el 52,50% (42) no conocen sobre hábitos nocivos y el 16,25% (13) conocen de hábitos; por otro lado el 31.5% (25) conocen sobre factores de riesgo, de las cuales el 10% (8) no conocen de hábitos nocivos y el 21.25% conocen de hábitos nocivos sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.

**Gráfico N° 5. 14**

**Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con hábitos nocivos sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019.**



FUENTE: Elaboración propia

## 5.2 Resultados Inferenciales

**Tabla 5.2.1**  
**Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y Edad**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,893 <sup>a</sup>	3	,827
Razón de verosimilitud	,903	3	,825
Asociación lineal por lineal	,682	1	,409
N de casos válidos	80		
a. 1 casillas (12,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,75.			

En l atabla inferencial se presenta el resultado de la tabla de inferencia del factor de riesgo de edad

**Tabla 5.2.2**  
**Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y Sexo**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significaci <sup>o</sup> n exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,709 <sup>a</sup>	1	,191		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	1,107	1	,293		
Razón de verosimilitud	1,676	1	,196		
Prueba exacta de Fisher				,211	,147
Asociación lineal por lineal	1,687	1	,194		
N de casos válidos	80				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,44.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Tabla 5.2.3**  
**Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y**  
**Grado de instrucción**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,236 <sup>a</sup>	3	,011
Razón de verosimilitud	10,771	3	,013
Asociación lineal por lineal	7,764	1	,005
N de casos válidos	80		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,81.

**Tabla 5.2.4**  
**Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y**  
**según Ocupación**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,342 <sup>a</sup>	2	,042
Razón de verosimilitud	6,170	2	,046
Asociación lineal por lineal	4,330	1	,037
N de casos válidos	80		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,50.

**Tabla 5.2.5**  
**Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y**  
**Socioeconomico**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,386 <sup>a</sup>	1	,011		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	5,010	1	,025		
Razón de verosimilitud	6,034	1	,014		
Prueba exacta de Fisher				,019	,014
Asociación lineal por lineal	6,307	1	,012		
N de casos válidos	80				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,63.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

## VI. DISCUSION DE RESULTADOS

### 6.1. Contratación y demostración de la hipótesis con los resultados.

(H1): Existe asociación del conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.

(H<sub>0</sub>) : No, existe asociación del conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y edad sociocultural de pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.

#### Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y edad

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,893 <sup>a</sup>	3	,827
Razón de verosimilitud	,903	3	,825
Asociación lineal por lineal	,682	1	,409
N de casos válidos	80		

a. 1 casillas (12,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,75.

Decisión:

$P < 0.827$ ,  $P < 0.05$  se acepta la H<sub>0</sub> y se rechaza H<sub>1</sub>

Conclusión:

No, existe asociación del conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y edad de pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, con un valor  $\chi^2 = ,893^a$  con una significancia de  $0,827$  siendo mayor de  $p < 0.05$ .

### 5.2.2 Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y Sexo

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,709 <sup>a</sup>	1	,191		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	1,107	1	,293		
Razón de verosimilitud	1,676	1	,196		
Prueba exacta de Fisher				,211	,147
Asociación lineal por lineal	1,687	1	,194		
N de casos válidos	80				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,44.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Decisión:

$P < 0,191$  y  $P < 0.05$  se acepta la  $H_0$  y se rechaza  $H_1$

Conclusión:

El factor sexo, no tiene asociación con el conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, con un valor  $\chi^2 = 1,709^a$  con una significancia de 0,191 siendo mayor de  $p < 0.05$ .

### 5.2.3 conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y Grado de instrucción

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,236 <sup>a</sup>	3	,011
Razón de verosimilitud	10,771	3	,013
Asociación lineal por lineal	7,764	1	,005
N de casos válidos	80		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,81.

Decisión:

$P < 0,011$ ,  $P < 0.05$  se acepta la H1 y se rechaza H0

Conclusión:

El grado de instrucción, si tiene asociación con el conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico de pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, con un valor  $\text{Chi}^2 = 11,236^a$  con una significancia a de 0,011 siendo menor de  $p < 0.05$ .

#### 5.2.4 Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y ocupación

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,342 <sup>a</sup>	2	,042
Razón de verosimilitud	6,170	2	,046
Asociación lineal por lineal	4,330	1	,037
N de casos válidos	80		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,50.

Decisión:

$P < 0,042$ ,  $P < 0.05$  se acepta la H1 y se rechaza H0

Conclusión:

El factor ocupación, si tiene asociación con el conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico de pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, con un valor  $\text{Chi}^2 = 6,342^a$  con una significancia de 0,042 siendo menor de  $p < 0.05$ .

### 5.2.5 conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y nivel socioeconómico

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,386 <sup>a</sup>	1	,011		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	5,010	1	,025		
Razón de verosimilitud	6,034	1	,014		
Prueba exacta de Fisher				,019	,014
Asociación lineal por lineal	6,307	1	,012		
N de casos válidos	80				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,63.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Decisión:

$P < 0,011$ ,  $P < 0,05$  se acepta la H1 y se rechaza H0

Conclusión:

El factor de nivel de conocimiento, si existe asociación con el conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico de pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, con un valor  $\chi^2 = 6,386^a$  con una significancia de 0,011 siendo menor de  $p < 0,05$ .

### 5.2.6 conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y Hábitos nocivos

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,433 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	12,602	1	,000		
Razón de verosimilitud	14,353	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	14,253	1	,000		
N de casos válidos	80				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,38.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Decisión:**

$P < 0,000$ ,  $P < 0.05$  se acepta la H1 y se rechaza H0

**Conclusión:**

El factor hábitos nocivos, si existe asociación con el conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico de pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho con un valor  $\text{Chi}^2 = 14,433^a$  con una significancia de 0,000 siendo menor de  $p < 0.05$ .

## **6.2. Contrastación de los resultados con otros estudios similares.**

El objetivo general del estudio fue, Determinar la asociación del conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019; al respecto, conforme a los resultados obtenidos de la En la tabla N° 5.14 Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con hábitos nocivos sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019. Evidenciándose que el total Del 100% (80) de pacientes se observa que el 68.75% (55) no conocen los factores de riesgo, de las cuales el 52,50% (42) no conocen sobre hábitos nocivos y el 16,25% (13) conocen de hábitos nocivos; por otro lado el 31.5% (25) conocen sobre factores de riesgo, de las cuales el 10% (8) no conocen de hábitos nocivos y el 21.25% conocen de hábitos nocivos sobre cáncer gástrico.

*Según estudio realizado por Reinhold E.T. en Huánuco (2015) en su tesis titulada “conocimientos y actitudes sobre prevención del cáncer de estómago en estudiantes de enfermería de la universidad de Huánuco” llegando a un Resultados: existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la universidad de Huánuco, el mismo que indica que existe relación entre los conocimientos y las actitudes frente a la prevención de estómago.*

Encontrándose de manera diferente el resultado del presente estudio, pero estudiando la misma dimensión

En la tabla N° 10 el conocimiento sobre factor de riesgo asociado con sexo sociocultural cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del hospital regional de ayacucho-2019, evidenciándose que del total del sexo mujer son 66.25% (25), de las cuales no conocen 48.75%(14) y 17.50%

(25) conoce; del sexo hombre son 33.75% (55) de las cuales no conocen 20% (16) y 13.75% (11) Conocen según el sexo sobre cáncer gástrico.

*Según estudio realizado por Verdalet M, En Veracruz (2015), titulado “factores asociados al desarrollo de cáncer gástrico en pacientes de centro de capacitación y negocios”, llegando a un resultado: donde refiere que en su mayoría por individuos del sexo masculino. 84 (73%); sin embargo entre los casos la distribución se inclinó al sexo femenino, con un número mayor de mujeres 19(54.3%), estos resultados con los hallazgos del presente estudio y se confirma que el mayor porcentaje de mujeres no conocen sobre el factor de riesgo de cáncer gástrico y con un mínimo porcentaje son varones.*

De acuerdo al resultado del variable sexo encontrándose en el estudio de Verdalet M, en Veracruz (2015) el resultado, es de manera semejante a nuestro estudio

Por otro lado, uno de los objetivos específicos, fue identificar el conocimiento sobre factores de riesgo de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019; al respecto, conforme a los resultados de la tabla:

Nº 5.2 Identificación del conocimiento sobre factores de riesgo según dimensión conocimiento genético de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019. Del 100% (80) se observar que el 51,2% (41) de la población tienen conocimiento sobre factor genético y el 48,8% (39) de la población desconoce sobre factores de riesgo de cáncer gástrico.

Tabla Nº 5.3: Identificación del conocimiento sobre factores de riesgo según dimensión de conocimiento de factor biológico de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019. Del 100% (80) se observar que el 52,5% (42) de la población tienen

conocimiento sobre factor biológico y el 47,5% (38) de la población desconoce sobre factores de riesgo de cáncer gástrico.

Tabla N° 5.4: Identificación del conocimiento sobre factores de riesgo según dimensión de hábitos nocivos cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019. Del 100% (80) se observa que el 62,5% (50) de la población no conoce sobre hábitos nocivos y el 37,5% (30) de la población conoce sobre hábitos nocivos de cáncer gástrico.

*En general, Según estudio realizado por Cutipa Clemente K, En Lima (2010); con investigación titulada “Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer de estómago en usuarios del C.S. primavera en el distrito El Agustino”, llegando a un resultado más significativo 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 su dimensiones. Factor medio ambiental 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. (6)*

Encontrándose de manera diferente el resultado del presente estudio, pero estudiando la misma dimensión

Objetivo específico 2: Edad, sexo, grado de instrucción

Tabla N° 5.5: Identificación de las condiciones sociocultural según edad de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019. Del 100% (80) se observa que el 35,0% (28) tienen conocimiento de cáncer gástrico entre las edades 40-49 años y el 28,7% (23) tienen conocimiento de cáncer gástrico entre las edades 50-59 años, así mismo el 21.3% (17) tienen conocimiento de cáncer gástrico entre las edades de 30-39 años; de la misma forma, el 15,0%(12) son mayores de 60 años tienen conocimiento de cáncer gástrico.

Tabla N° 5.6: Identificación de las condiciones sociocultural según sexo de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019. Del 100% (80) se observa que el 66,3% (53) de pacientes son de sexo mujer y el 33,8% (27) de pacientes son de sexo hombre, la población tienen conocimiento según el sexo sobre el cáncer gástrico.

Tabla N° 5.7: Identificación de las condiciones sociocultural según grado de instrucción de cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019. Del 100% (80) se observa que el 43,8% (35) son de secundaria, y el 31,3% (25) son de primaria y con un mínimo porcentaje de 13,8% (11) con nivel superior ; de la misma forma , el 11,3%(9) son sin estudio, que tienen conocimiento según el grado de instrucción sobre cáncer gástrico.

- *Según estudio realizado por Rondan Guerrero F, En Lima (2016); en su estudio de investigación titulada “Factores de riesgo asociados cáncer gástrico en acinetes atendidos en el consultorio externo de servicio de gastroenterología del Hnhu durante el año 2014”, llegando a los 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; IC5%, 3.01-11.79), tener 50 años o más (OR=3.81; IC95%, 22.01-7.24), el antecedente familiar de cáncer gástrico (OR=9.47; IC95%, 3.14-28.57), la infección por helicobacter pylori (OR=8; IC95%, 4.01-15.95) y el consumo de tabaco (OR=6.61; IC95%,3.1-13.73). Conclusiones: se encontró que el ser varón, tener 50 años o más, tener el antecedente familiar de cáncer gástrico, la infección por helicobacter pylori y el tabaquismo fueron factores de riesgo asociados al diagnóstico de cáncer gástrico. (8)*

- *Según estudio realizado por Stysse Bendezu y katya Pampa, En Ayacucho (2017); en su estudio titulado: “Conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017”, llegaron a los siguientes Resultados: Del 100% de los usuarios, el 61,5% presentan un nivel de conocimiento medio frente a la prevención de cáncer de estómago, el 22,9% alto y el 15,6% bajo, asimismo es independiente a la procedencia, edad y grado de instrucción ( $p > 0.05$ ). Respecto a la actitud el 52,3% presentan una actitud favorable, el 35,8% indiferente y 11,9% muy favorable. Conclusión: El conocimiento de los usuarios, guarda moderada relación con la actitud hacia a la prevención del cáncer de estómago en los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho (Tau-c de Kendall 0,203 y nivel de significancia  $p < 0,05$ ).*  
(9)

Según resultados se asemeja con los hallazgos del presente estudio.

En la tabla N° 5.14 Conocimiento sobre factor de riesgo asociado con hábitos nocivos sobre cáncer gástrico en pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho-2019. Evidenciándose que el total Del 100% (80) de pacientes se observa que el 68.75% (55) no conocen los factores de riesgo, de las cuales el 52,50% (42) no conocen sobre hábitos nocivos y el 16,25% (13) conocen de hábitos nocivos; por otro lado el 31.5% (25) conocen sobre factores de riesgo, de las cuales el 10% (8) no conocen de hábitos nocivos y el 21.25% conocen de hábitos nocivos sobre cáncer gástrico.

*Según estudio realizado por Reinhold E.T. en Huánuco (2015) en su tesis titulada “conocimientos y actitudes sobre prevención del cáncer de estómago en estudiantes de enfermería de la universidad de Huánuco” llegando a un Resultados: existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la universidad de Huánuco, el mismo que indica que*

*existe relación entre los conocimientos y las actitudes frente a la prevención de estómago.*

Encontrándose de manera diferente el resultado del presente estudio, pero estudiando la misma dimensión

### **6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes**

En el presente trabajo se logró identificar en el estudio de investigación, a partir del cuestionario en forma anónima; donde se mantuvo en todo momento la confidencialidad y la discreción de la información recolectada de los 80 pacientes de consulta externa del Hospital Regional de Ayacucho que fueron incluidos en el estudio de investigación, donde la investigación tiene el único objetivo de sacar la información sobre el conocimiento sobre el factor de riesgo de cáncer gástrico, siendo aplicado bajo juramento, de la divulgaciones de los datos obtenidos y el resultado del a terceros.

Se consideraron algunos aspectos éticos, basados en el principio bioético y ético, autonomía, el mismo que hace que la investigación sea de calidad y de carácter confiable sobre todo resguardando los derechos humanos de los pacientes de estudio. La participación de los pacientes fue de forma voluntaria con explicación y consentimiento informado (anexo 3) previo de los objetivos del estudio.

El instrumento que se aplico fue cuestionario, de forma anónima. Las preguntas e ítems fueron elaborados de tal forma que no representaron una amenaza contra los pacientes.

Finalmente en todo momento de la ejecución de la recolección y análisis de datos se aplicó los valores éticos.

## CONCLUSIONES

- a) Los pacientes que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho con respecto al conocimiento de factores de riesgo el 68,8% (55) de la población desconoce sobre factor de riesgo y el 31,3% (25) conoce sobre factores de riesgo de cáncer gástrico.
- b) Del estudio se concluye que si existe asociación con el conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico encontrándose valores de chi2 respecto a los Hábitos nocivos con  $\text{Chi}^2_1 = 14,433^a$  ( $p < 0.000$ ), ocupación  $\text{Chi}^2_2 = 6,342^a$  ( $p < 0,042$ ), grado de instrucción  $\text{Chi}^2_3 = 11,236^a$  ( $p < 0.011$ ) y nivel socioeconómico; respectivamente: y  $\text{Chi}^2_4 = 6,386^a$  ( $p < 0.011$ ) con una significancia de  $p < 0.05$ .
- c) Del estudio se concluye que No existe asociación en el conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico edad y sexo; encontrándose valores  $\text{Chi}^2 = ,893^a$ ,  $\text{Chi}^2 = 1,709^a$  encontrándose valores con una significancia de  $p < 0.05$ .

## RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda Al Director de Hospital del Regional de conjuntamente con los gobiernos locales, que refuercen el nivel de conocimientos de factores de riesgo a la población en general a fin de concientizar sobre las correctas medidas de prevención del cáncer gástrico mediante la primera línea de atención para así evitar su desarrollo ya que muchas veces es de clínica silenciosa, para poder disminuir la incidencia y/o prevalencia del cáncer gástrico.
- b) Se sugiere que a nivel el Ministerio de Salud fortaleciendo los programas de prevención y promoción tomando énfasis en los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, organizando sesiones educativas sobre el estilo de vida saludable de acuerdo al nivel sociocultural a través de medios de comunicación de señal abierta.
- c) Se recomienda que el Gobierno Regional de Ayacucho, 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 y practica de estil de vida saludable.
- d) Se recomienda que se refuercen el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de cáncer gástrico a la población a fin de concientizar sobre las correctas medidas de prevención del cáncer gástrico.
- e) Se recomienda proponer programas de capacitación sobre medidas de prevención a la población en general, reforzando sus conocimientos a través de difusión mediante emisoras televisivas y radiales teniendo en cuenta la parte sociocultural, para lograr que llegue la información correcta a todas a todas la población del país. Tomando énfasis en el cáncer gástrico ya que no tiene mucha difusión a diferencia de los otros tipos de cáncer.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Verdalet G. OLMEDO M. Factores Asociados al Desarrollo de Cáncer gástrico en pacientes del CECan [ Tesis][ Perú] universidad Veracruz (2019) [ Citado 19 de junio 2019].
2. Organización Mundial de la Salud. La promoción de la salud, [ internet] Shanghái (Agosto-2016),[ Citado el 5 de setiembre] disponible en <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/#:~:text=Abarca%20una%20amplia%20gama%20de,el%20tratamiento%20y%20la%20curaci%C3%B3n.>
3. DANAEL Y COL ---- TE MANDE EL PDF AL WATSAP
4. Serrano Olvera Juan Alberto. Helicobacter Pylori y Cáncer Gástrico en el Instituto Nacional de Cancerología [ Artículo] [México] subdirección de investigación clínica (2009) [ citado 8 de septiembre 2019].
5. D Crew Khaterine y Alfred I Neugut. Epidemiología de Cáncer Gástrico de Gastroenterología [ Revista] [ New York] (2006) ,[ Citado el 18 de Mayo] disponible en [https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v12/i3/354.htm.](https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v12/i3/354.htm)
6. Gobierno Regional de Ayacucho. El 70% de los casos de cáncer se puede prevenir (DIRESA) [ Internet] Ayacucho (03 de febrero del 2017), [ Citado el 8 de junio], disponible en <http://regionayacucho.gob.pe/index.php/component/k2/item/478-el-70-de-los-casos-de-cancer-se-puede-prevenir>
7. Stysse Bendezu y katya Pampa. Conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017 [tesis]. [Perú]: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga – Ayacucho (2017) [citado 04 de enero 2021].
8. Delgado D. Conductas de riesgo asociadas a cáncer gástrico en pobladores de la comunidad de Ccenoco. Universidad Nacional Mayor de San Marcos EnCcenoco – México (2006) [ Citado 27 de junio 2019].

9. Florez N. Gastroenterología [ Revista] [ Colombia], [ Citado el 5 de marzo] disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-99572012000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-99572012000200005&script=sci_arttext)
10. Gómez M. Factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes colombianos. [Internet] - Cali (2014) Ciencias médicas; 2010 [Citado 2019 Agosto 16], disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337731606004>
11. Pilco; MINSA, Estudio de enfermedades no transmisibles; Ciencias médicas. Peru-2010. disponible en, <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1785.pdf>
12. Reinhold E. conocimientos y actitudes sobre prevención del cáncer de estómago en estudiantes de enfermería de la universidad de Huánuco. [Internet]. Huanuco-2015-Ciencias filosóficas; [citado 2019 septiembre 23], disponible en: <http://www.mercaba.org/Filosofia/PDF/Tor%C3%ADa%20del%20Conocimiento.pdf>
13. Cutipa K. Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en usuarios del C.S. Primavera en el distrito El Agustino, [Tesis de enfermería] [Perú] 2010.; [citado 2019 octubre 23].
14. Raraz J. y Damaso B. Factores relacionados a la metaplasia intestinal en un hospital público en Huánuco; Ciencias médicas; [ Perú] 2015 [citado 02 julio 2019], disponible en: [http://fondoeditorialcmp.com/acta\\_medica\\_peruana\\_31\\_3\\_julio\\_septiembre\\_2014.pdf#page=46](http://fondoeditorialcmp.com/acta_medica_peruana_31_3_julio_septiembre_2014.pdf#page=46)
15. Rondan, F. Factores De Riesgo Asociados Cáncer Gástrico en Pacientes Atendidos en el Consultorio Externo del Servicio De Gastroenterología durante el Año 2014” [tesis de enfermería][Lima] Universidad Ricardo Palma; Peru-2016.
16. Jean Watson, Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. [ Artículo ciencia en

- enfermería. volumen 17. N° 3] [ Chile], 2011, [ Citado 10 de octubre], disponible en [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002)
17. Teoría de Nola Pender “Promoción de la salud” <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.htm> publicada. 1996 12 junio 2da. Edición.
  18. Organización Mundial de la Salud. Web su salud- [Internet]. [01 de Julio del 2019] 2019, Disponible en: <https://www.who.int/topics/cancer/es/#>
  19. Natalia G.-Peru-2019. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria\\_08-03.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria_08-03.pdf)
  20. Martinez Galindo, F Zamarripa -Dorsey, A Carmona -Castañeda. A. Angeles-Labra, R Peñavera-Hernandez, C Ugarte-Briones, Blanco -Vela, Características histopatológicas del Adenocarcinoma gástricos en pacientes Mexicanos, experiencia de 10 años en el hospital Juárez de [México], [volumen 80, numero 1, páginas del 20-26](Enero-Marzo 2015), [ citado el 4 de mayo del 2019] disponible en <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-caracteristicas-histopatologicas-del-adenocarcinoma-gastrico-articulo-S037509061500>
  21. Instituto Nacional del Cáncer. Manual De Enfermería Oncológica. Perú - 2019 [28 de junio del 2019] Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria\\_08-03.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria_08-03.pdf)
  22. Sociedad Española de Oncología; Cáncer de Estómago. Perú -2015 [actualizado viernes 28 de agosto -2015; [citado 21 de junio 2019]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/cancer/cancer-de-estomago.html>.

23. Sociedad Española de Oncología Cáncer de Estómago. 2018- Perú disponible en: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las\\_Cifras\\_del\\_cancer\\_en\\_Espana2018.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf).
24. Nivel De Conocimientos Sobre Prevención De Cáncer Gástrico En Estudiantes De Enfermería De La Universidad Nacional De. (Tesis en Enfermería). Cajamarca -2018
25. Carneiro F. Cáncer Gástrico Perú- 2013; citado 26 junio 2019]. disponible en: [http:// utp.edu.co/cirugia/files/2013/08/cancer-gastrico.pdf](http://utp.edu.co/cirugia/files/2013/08/cancer-gastrico.pdf)
26. American Society of clinical Oncology (ASCO). Revista Cáncer de Estómago. 2019, Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-estomago/estadisticas>).
27. Nagini, S. Carcinoma del estómago: una revisión de la epidemiología, la patogenia, la genética molecular y la quimio prevención. Revista mundial de oncología gastrointestinal [citado 28 de julio del 2019].2012):156–169.
28. American cancer society; como se descubre el cáncer gástrico [Internet]. Perú- Perú. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/canceravanzado/diagnostico.html>
29. Instituto Nacional del Cáncer; Cáncer de Estómago: Versión para profesionales. Perú-2017. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago/pro/>.
30. Sociedad española de oncología médica; cáncer gástrico. Perú - 2018.Disponible en: 64 <https://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/estomago?start=3>.
31. American cancer society; cuales son los factores de riesgo del cáncer de estómago gástrico. Perú-2018. Disponible en:

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/causas-riesgosprevencion/factores-de-riesgo.html>.

32. 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.
33. Hernández-Ramírez Raúl U, López-Carrillo Lizbeth. Dieta y cáncer gástrico en México y en el mundo. *Salud pública Méx [revista en la Internet]*. 2014 Oct [citado 2019 diciembre]; 56(5): 555-560. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342014000500023&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500023&lng=es).
34. [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe) (falta completar para que sea la bibliografía) no encuentro
35. Ortego J. y Cebrián C.; Precursores del Cáncer Gástrico, Factores de Riesgo, Condiciones y Lesiones Premalignas de la Mucosa Gástrica [Internet]. Perú – 2018. Disponible en: <http://www.elsevier.es>
36. Cáncer de Estómago: Versión para profesionales. Instituto Nacional del Cáncer. Acceso en febrero 2017. Disponible en <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago/pro/>
37. Escobar Habeica Edmundo Dantés, Cantelar de Francisco Nereyda, Capó de Paz Virginia, Martínez Motas Isabel, Terán Porcado Marco Antonio, Cathcart Roca Fidel. Infección por helicobacter pylori asociada con neoplasias gástricas malignas en el estado de Guerrero, México. 2001-2011. *Rev haban cienc méd [Internet]*. 2012 jun [citado 2019 diciembre 10];11(2): 225-236. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2012000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000200007&lng=es).
38. Kelly Griscell Cutipa Clemente. Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en usuarios del C.S. Primavera en el distrito El Agustino, 2010 [tesis por el título de licenciatura.] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2011. [citado 2019 noviembre 16]

39. Vignolo Julio, Vacarezza Mariela, Álvarez Cecilia, Sosa Alicia. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud, [ Archivo del volumen 33, numero 1]. [ Montevideo], 2011. [ Citado el 17 de junio del 2019]. disponible en [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003#4](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003#4)
40. Colimon K. Niveles de Prevención. Peru-2019. Disponible en: <http://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>.
41. García Salabarría J. Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de la Salud Publica cubana. Rev. Cubana Salud Pública 2006, [citada el 05 de julio 2019].
42. Méndez A, Ponzo J, Rodríguez M. Promoción de Salud. En Benia W. Temas de Salud Pública. Tomo I. 1ra. Ed. Montevideo. Oficina del Libro. Fefmur. 2008. p. 27-37. ,[citado el 05 de julio 2019].
43. Flores U.M. El conocimiento. Rev. Espacios [Internet]. 2005 [citado 03 Julio 2019]; Disponible en: <http://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>
44. Valencia R. M. Modelo para la Creación del Conocimiento para PYMES. Rev. radacly [Internet]. 2005 [citado 29 julio 2019]; Disponible en:<https://www.redalyc.org/pdf/2654/265419724002.pdf>
45. Chiva G. R., Camisón Z. C.; aprendizaje organizativo y teoría de la complejidad: implicaciones en la gestión del diseño del producto. Editores. Universitat Jaume Vol 3. IV ed. Athenea 2002. p. 47-285. [citado 29 julio 2019]
46. Cotrina U. A. R., Conocimientos sobre Prevención de Cáncer Gástrico en los Alumnos de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Filial Huánuco – 2017. [Tesis En Internet]. [Huánuco]: Universidad Alas Peruanas; 2017 [citado 15 de febrero de 2021]. recuperado a partir de: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/record/uapi\\_a001e2289de1fa5097f7f304df6bcb89](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/record/uapi_a001e2289de1fa5097f7f304df6bcb89). 41- Ramírez, “Atención de consulta externa y la

calidad del servicio de los pacientes del C.S. Piura-2018” [tesis para optar Maestría 208].

47. Ramírez, “Atención de consulta externa y la calidad del servicio de los pacientes del C.S. Piura-2018”. [tesis para optar Maestría 2018].

48. ALC Salas - Revista educación, 2001 - redalyc.org El propósito de este artículo. teoría sociocultural del Lev Vygotsky, [pág. 624-625]. [Citado 26 de Enero 2020]

## **ANEXOS**

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO

TITULO 1: CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE CANCER GASTRICO ASOCIADO A CONDICION SOCIOCULTURAL DE PACIENTES DEL CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2019.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	DISEÑO METODOLOGICO
<p><b>GENERAL</b></p> <p>¿Cuál es la asociación del conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, 2019? .</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p>¿Cuáles son los conocimientos sobre factores de riesgo de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019? .</p> <p>¿Cuál es la condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del</p>	<p><b>GENERAL</b></p> <p>Determinar la asociación del conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p>Identificar el conocimiento sobre factores de riesgo de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019.</p> <p>Identificar condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del</p>	<p><b>GENERAL</b></p> <p>Existe asociación del conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, 2019.</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p>Existe conocimiento sobre factores de riesgo de pacientes del consultorio externo del hospital regional de Ayacucho, 2019.</p> <p>Existe condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del</p>	<p><b>V1:</b></p> <p>Conocimiento sobre Factores de riesgo</p>	<p>Conocimiento Genético</p> <p>Conocimiento de factores Biológico</p> <p>Conocimiento de Hábitos</p>	<p><b>Tipo</b> de investigación es cuantitativo no experimental, aplicada.</p> <p><b>El diseño</b> de investigación es Descriptivo, correlacional, y de corte trasversal.</p> <p><b>Población y muestra.</b> Estará conformados por 100 personas mayores de dieciocho años de edad que acuden al consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho.</p> <p><b>La muestra</b> estará constituida por 80 personas y la <b>población</b> por 100 personas mayores de 18 años del consultorio externo</p>

hospital regional de Ayacucho, 2019?	hospital regional de Ayacucho, 2019.	hospital regional de Ayacucho, 2019.	<p><b>V2:</b></p> <p>Condición sociocultural</p>	<p>Social</p> <p>condición Cultural</p>	<p>del Hospital Regional de Ayacucho.</p> $n = \frac{30 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(30 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$ <p><math>n = 27.89</math></p> <p><math>n =</math></p> <p><b>Técnica e instrumento</b></p> <p>La técnica para recolectar los datos es la entrevista y el instrumento es el cuestionario</p> <p><b>Análisis y procedimiento de datos</b></p> <p>El análisis y procesamiento de los datos se realizará mediante procesos estadísticos para lo cual se utilizará el programa computacional Excel 2010, previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz de datos.</p>
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--	---	--

**ANEXO N°2**  
**ENCUESTA APLICADA A LOS PACIENTES DEL CONSULTORIO**  
**EXTERNO**

(El instrumento se aplicó del autor Mariela Berrospi Zavala en Lima – Perú 2018 y se aplicó en el año 2019 en la Región de Ayacucho)

Señor(a), el presente instrumento tiene el propósito de conocer cuáles son los factores que determinan la prevención de cáncer en la población de nuestra comunidad por lo que agradeceremos tenga la bondad de responder las siguientes preguntas:

**A.-: CONDICION SOCIAL**

1. Edad 30-39 ( ) 40 -49-( ) 50-59( ) 60 años a mas ( )
2. Sexo Hombre ( ) Mujer ( )

**CONDICION CULTURAL**

3. Grado de instrucción: Sin estudios ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )
4. Ocupación: Ama de Casa ( ) Sin trabajo actualmente ( ) Con trabajo actualmente ( )
5. Nivel socioeconómico:

**B.- CONOCIMIENTO GENETICO**

**RIESGO SEGÚN EDAD**

- 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

**RIESGO SEGÚN SEXO**

2. ¿En qué sexo cree que se presenta mayor número de casos del cáncer de estómago?
  - a. Hombres
  - b. Mujeres
  - c. Ambos
  - d. No sabe

### **CONOCIMIENTO DE FACTORES BIOLÓGICOS TIPO DE BACTERIA**

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

- a. Salmonella
- b. Helicobacter pylori
- c. H1N1
- d. ninguna

5. Esta bacteria por sí sola, ¿es capaz de originar el cáncer de estómago?

Si ( ) no ( )

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

Si ( ) no ( )

### **HIGIENE**

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

Si ( ) no ( )

### **ENFERMEDADES DE RIESGO**

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

Si ( ) no ( )

9. 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 ( )

10. ¿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 ropa de algodón, lino y polyalgodon
- d. industria de transporte

### **HABITOS ALIMENTICIOS**

11. ¿Qué 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,...)

12. ¿Qué 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,...)

13. ¿Comer alimentos preparados el día anterior ("calentados"), ¿aumentaría el riesgo de padecer cáncer de estómago?

Si ( ) no ( )

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

Si ( ) no ( )

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

Si ( ) no ( )

### **HABITOS NOCIVOS**

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

Si ( ) no ( )

#### **CODIFICACION:**

CONOCE (CORRECTO) = 0

NO CONOCE (INCORRECTO)= 1

## ANEXO N°3

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las licenciadas en enfermería , en calidad de investigadora presenta la necesidad de recolección de datos, por lo cual acude de forma personal a los pacientes en consultorio externo del Hospital Regional de; para exponer de forma sincera y concreta el fundamento de su investigación: “conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico asociado a condición sociocultural de pacientes del consultorio externo del hospital regional de ayacucho,2019.”, siendo este de carácter anónimo y confidencial, cuidando la integridad física, mental o social de cada participante. Por ello

yo:.....

.....soy consciente de mi participación voluntaria en esta encuesta, comprometiéndome a responder con sinceridad los ítems de la guía del cuestionario.

.....

**Participante del cuestionario**

**ANEXO N°4 - BASE DE DATOS**

	ED...	SE...	INSTR UCCIO N	OCUP ACION	SOCIOE CONOMI CO	Gp1	Gp2	Bp3	Bp4	Bp5	Bp6	Hp7	ERp8	ERp9	ERp10	HAp11	HAp12	HAp13	HAp14	HAp15	HAp16	d1	d2	d3	d4	v1	VC
1	3	0	2	2	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	8
2	1	1	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	9
3	0	0	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	5
4	1	0	2	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	9
5	1	1	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	10
6	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	11
7	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	12
8	1	1	3	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	12
9	1	0	1	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	9
10	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	12
11	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	12
12	3	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	10
13	3	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	10
14	0	1	2	2	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	11
15	2	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	11
16	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	14
17	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	9
18	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	11
19	3	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8
20	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	8
21	2	0	2	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	12
22	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5

**ANEXO N°5****OTROS ANEXOS****NECESARIOS DE ACUERDO A LA NATURALEZA DEL PROBLEMA.**

tabla

<b>EDAD</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	30-39	17	21,3	21,3	21,3
	40-49	28	35,0	35,0	56,3
	50-59	23	28,7	28,7	85,0
	Mayor 60	12	15,0	15,0	100,0
Total		80	100,0	100,0	

<b>SEXO</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	HOMBRE	27	33,8	33,8	33,8
	MUJER	53	66,3	66,3	100,0
Total		80	100,0	100,0	

<b>GRADO DE INSTRUCCION</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SIN ESTUDIO	9	11,3	11,3	11,3
	PRIMARIA	25	31,3	31,3	42,5
	SECUNDARIA	35	43,8	43,8	86,3
	SUPERIOR	11	13,8	13,8	100,0
Total		80	100,0	100,0	

<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO	62	77,5	77,5	77,5
	MEDIO	18	22,5	22,5	100,0
Total		80	100,0	100,0	

OCUPACION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	AMA DE CASA	30	37,5	37,5	37,5
	SIN TRABAJO ACTUAL	24	30,0	30,0	67,5
	CON TRABAJO	26	32,5	32,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

		Recuento
EDAD	30-39	17
	40-49	28
	50-59	23
	Mayor 60	12
SEXO	HOMBRE	27
	MUJER	53
GRADO DE INSTRUCCION	SIN ESTUDIO	9
	PRIMARIA	25
	SECUNDARIA	35
	SUPERIOR	11
NIVEL SOCIOECONOMICO	BAJO	62
	MEDIO	18
	ALTO	0

		Recuento
EDAD	30-39	17
	40-49	28
	50-59	23
	Mayor 60	12
SEXO	HOMBRE	27
	MUJER	53
GRADO DE INSTRUCCION	SIN ESTUDIO	9
	PRIMARIA	25
	SECUNDARIA	35
	SUPERIOR	11
NIVEL SOCIOECONOMICO	BAJO	62
	MEDIO	18
	ALTO	0