

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE  
ESTÓMAGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA  
DE EsSALUD DE AYACUCHO, 2021”**

Tesis para optar Título Profesional de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Presentado por:

**Bach. QUISPE ESPINOZA, Luz Zinthia**

**Bach. POMA HUAYTA, Magaly**

**Asesor:**

**Prof. Hugo AYALA PRADO**

**AYACUCHO-PERÚ**

**2022**

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

### RESOLUCIÓN DECANAL N° 052-2022-FCSA-UNSCH-D

#### **BACHILLERES: Luz Zinthia Quispe Espinoza Magaly Poma Huayta**

En la ciudad de Ayacucho siendo las nueve horas con quince minutos de la mañana del día **dieciocho de enero del dos mil veintidos**, se reunieron a través de la plataforma virtual los docentes miembros jurados de la Escuela Profesional de Enfermería, para el acto de sustentación de trabajo de tesis titulado “**CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DE EsSALUD DE AYACUCHO 2021**”, Presentado por las bachilleras; **Luz Zinthia Quispe Espinoza Y Magaly Poma Huayta** para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Los miembros del Jurado de Sustentación conformado por:

**Presidente:** Prof. Iris Jara Huayta (Decana)

**Miembros :** Prof. María C. Quispe Loayza  
: Prof. Lidia González Paucarhuanca  
: Prof. Indalecio Tenorio Acosta  
: Prof. Hugo Ayala Prado. (Asesor)

**Secretario Docente:** Prof. Wilber Augusto Leguía Franco

Con el quorum de reglamento se dio por inicio la sustentación de tesis, la presidenta de la comisión pide al secretario docente dar lectura a los documentos presentados por las recurrentes, y da algunas indicaciones a las sustentantes.

Acto seguido inicia la exposición la Bachiller:, una vez finalizada continúa con la exposición la bachiller **Magaly Poma Huayta y Luz Zinthia Quispe Espinoza** Seguidamente la presidenta de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, los mismos que han sido aclarados por los sustentantes .Seguidamente da pase al asesor de tesis Prof. Hugo Ayala Prado para que pueda aclarar a algunas preguntas e interrogantes.

La presidenta invita a las sustentantes abandonar el espacio virtual para que puedan proceder con la calificación.

#### **RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FINAL**

Bachiller: **QUISPE ESPINOZA LUZ ZINTHIA .**

<b>JURADOS</b>	<b>TEXTO</b>	<b>EXPOSICION</b>	<b>PREGUNTAS</b>	<b>P.FINAL</b>
Prof. Iris Jara Huayta	16	16	16	16
Prof. María C. Quispe Loayza	16	16	15	16
Prof. Lidia González Paucarhuanca	17	16	16	16
Prof. Indalecio Tenorio Acosta	17	16	16	16
Prof. Hugo Ayala Prado. (Asesor)	17	16	16	16
<b>PROMEDIO FINAL</b>				

Bachiller: **POMA HUAYTA MAGALY**

<b>JURADOS</b>	<b>TEXTO</b>	<b>EXPOSICIÓN</b>	<b>PREGUNTAS</b>	<b>P.FINAL</b>
Prof. Iris Jara Huayta	16	15	15	15
Prof. María C. Quispe Loayza	16	14	14	15
Prof. Lidia González Paucarhuanca	17	16	14	16
Prof. Indalecio Tenorio Acosta	17	16	15	16
Prof. Hugo Ayala Prado. (Asesor)	17	16	15	16

## PROMEDIO FINAL

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar a la Bachiller **Luz Zinthia Quispe Espinoza**, quien obtuvo la nota final de Dieciseis (16); Aprobar a la Bachiller **Magaly Poma Huayta**, quien obtuvo la nota de Dieciseis (16), para lo cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente, siendo las 11:00 horas con 45 minutos,, se da por concluido el presente acto académico virtual.



Prof. Iris Jara Huayta  
Presidente

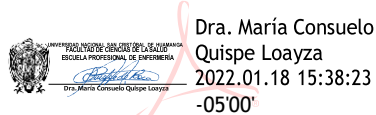
Firmado digitalmente por  
Dra. Lidia González Paucarhuanca  
Fecha: 2022.01.18  
14:38:51 -05'00'

Prof. Lidia González Paucarhuanca  
Miembro



Lic. HUGO AYALA PRADO  
Docente ATC - U212594

Prof. Hugo Ayala Prado.  
Miembro asesor



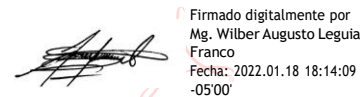
UNIVERSIDAD NACIONAL  
SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA  
Dra. María Consuelo Quispe Loayza

Dra. María Consuelo  
Quispe Loayza  
2022.01.18 15:38:23  
-05'00'

Prof. María C. Quispe Loayza  
Miembro

Firmado digitalmente por  
Mg. Indalecio Tenorio  
Fecha: 2022.01.18  
13:11:22 -05'00'

Prof. Indalecio Tenorio Acosta  
Miembro



Firmado digitalmente por  
Mg. Wilber Augusto Leguía  
Franco  
Fecha: 2022.01.18 18:14:09  
-05'00'

Prof. Wilber A. Leguía Franco  
Secretario Docente

## DEDICATORIA

Este trabajo de investigación dedicamos a Dios por guiarnos y darnos sabiduría y a nuestros padres que gracias a su apoyo incondicional y esfuerzo pudimos llegar a culminar la tesis con gran éxito.

***Luz Zinthia***

Para un alma hermosa llena de amor que partió al lado de Dios por el esfuerzo y sacrificio que me diste para ser alguien en la vida gracias mamá.

***Magaly***

## **AGRADECIMIENTO.**

A DIOS, por guiarnos en el buen camino y darnos sabiduría para lograr nuestros propósitos en este mundo.

A nuestros padres; por darnos la vida, por confiar en nosotros, y brindarnos su apoyo incondicional para seguir adelante y cumplir nuestras metas.

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga “Alma Mater” por cobijarnos en sus aulas y brindarnos la oportunidad para formarnos como profesionales.

A los docentes del departamento académico de Enfermería; quien con su notable experiencia supo guiarnos el desarrollo y culminación el presente trabajo de investigación

***Luz Zinthia y Magaly***

## RESUMEN

### “CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS DEL SERVICIO GASTROENTEROLOGÍA DE EsSALUD DE AYACUCHO, 2021”

**Autores:** **QUISPE ESPINOZA, Luz Zinthia**  
**POMA HUAYTA, Magaly**

**Objetivo:** “Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre la prevención del cáncer de estómago en usuarios del servicio de Gastroenterología de EsSalud de Ayacucho, 2021” **Diseño metodológico:** se realizó un estudio de enfoque cuantitativo de tipo aplicada - descriptiva correlacional. La población estuvo conformada por 200 usuarios que acudieron al servicio de gastroenterología del mes de agosto - setiembre del 2021 y la muestra de 40, para la recopilación de información se empleó la técnica de encuesta para ambas variables y el instrumento un test de conocimiento y un cuestionario tipo Likert validado por el autor Rensis LIKERT (1903-1981). **Resultados:** los usuarios que acuden al servicio de gastroenterología de EsSalud- Ayacucho, el 40% tienen un nivel de conocimiento alto, 32.5% medio y 27.5% bajo, respecto a la actitud 57.5% presentaron una actitud indiferente, 37.5% favorable y 5.0 % desfavorable. **Conclusión:** el nivel de conocimiento no guarda relación con la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago en los usuarios que acuden al servicio de gastroenterología de EsSalud de Ayacucho conforme al resultado estadístico de correlación de Pearson (.238) y un nivel de significancia ( $p > 0.05$ )

**Palabras clave:** conocimientos, actitudes, prevención, cáncer de estómago.

## SUMMARY

### "KNOWLEDGE AND ATTITUDE ABOUT THE PREVENTION OF STOMACH CANCER IN USERS OF THE GASTROENTEROLOGY SERVICE EsSALUD AYACUCHO, 2021"

**Authors:** **QUISPE ESPINOZA, Luz Zinthia**

**POMA HUAYTA, Magaly**

Objective: "To determine the relationship between the level of knowledge and the attitude about the prevention of stomach cancer in users of the Gastroenterology service of EsSalud Ayacucho, 2021" Methodological design: a quantitative approach study of an applicative - descriptive correlational type was carried out. The population was made up of 200 users who attended the gastroenterology service from August to September 2021 and the sample of 40, for the collection of information the survey technique was used for both variables and the instrument a knowledge test and a Likert questionnaire validated by the author Rensis LIKERT (1903-1981). Results: users who come to the gastroenterology service of EsSalud, Ayacucho 40% have a high level of knowledge, 32.5% medium and 27.5% low, with respect to the attitude 57.5% presented an indifferent attitude, 37.5% favorable and 5.0% unfavorable. Conclusion: the level of knowledge is not related to the attitude towards the prevention of stomach cancer in users who come to the EsSalud gastroenterology service in Ayacucho according to Pearson's correlation statistical result (.238) and a level of significance ( $p>0.05$ )

**Keywords:** knowledge, attitudes, prevention, stomach cancer.



## INDICE GENERAL

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
INTRODUCCION	7
CAPÍTULO I:	14
REVISION DE LA LITERATURA	14
1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	15
1.2. BASE TEÓRICA	19
1.3. HIPÓTESIS	38
1.4. VARIABLES	38
1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	42
CAPITULO II:	43
DISEÑO METODOLÓGICO	43
2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	43
2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	43
2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	43
2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	44
2.5. ÁREA DE ESTUDIOS	44
2.6. POBLACIÓN	44
2.7. MUESTRA	45
CAPITULO III:	48
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	48
CAPITULO IV:	51
DISCUSIONES	52
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	59
ANEXOS	66

## INTRODUCCION

El término cáncer “engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo. Esta enfermedad se comporta como uno de los principales problemas de salud pública en muchas regiones del mundo, por su alta incidencia de mortalidad, morbilidad y los altos costos sociales y económicos que genera. En relación a otras enfermedades, representa la tercera enfermedad más frecuente en el mundo y la segunda en las Américas. La mayoría de estas enfermedades son prevenibles y curables cuando se detectan en estadios tempranos; razón por la cual la Organización Mundial de la Salud, la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) y la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) han declarado el 4 de febrero como el Día Mundial contra el Cáncer, con el objetivo de concientizar y movilizar a la sociedad para lograr un mayor control y reducir las muertes a causa de esta enfermedad. Por ello, es importante desarrollar estrategias de promoción de la salud, prevención primaria, vacunación y diagnóstico temprano del cáncer, dirigidas especialmente a personas aparentemente sanas y que no presentan síntomas; así como garantizar el tratamiento curativo, paliativo y rehabilitación de los enfermos” (1).

Según el informe de GLOBOCAN a nivel mundial en “2012 se registraron alrededor de 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer. En 2018 la cifra incrementa a 18,1 millones de casos nuevos y 9,5 millones de muertes por cáncer” (2). En 2020, se reportan a nivel mundial, más de 19 millones de casos nuevos y casi 10 millones de muertes. Si de esta realidad problemática no se toman las medidas preventivas pertinentes, para el año 2040 el número de casos nuevos de cáncer por año aumentará a 29,5 millones y el número de muertes por cáncer a 16,4 millones; afectando principalmente a los países de ingresos bajos y medianos.

Así mismo; “en la región de las Américas, en el 2020 fueron diagnosticadas 4 millones de personas con cáncer y 1,4 millones murieron por esta enfermedad, representando la segunda causa de muerte. Se estima que aproximadamente, el 57% de los casos nuevos de cáncer y el 47% de las muertes ocurren en personas que se encuentran en la mejor etapa de sus vidas, entre los 69 años de edad o más jóvenes. Si no se toman las medidas adecuadas para prevenir y controlar el cáncer, se prevé que el número de personas diagnosticadas aumentará en un 55%, lo que significará más de 6 millones de personas para 2040” (2).

En el Perú, de acuerdo con GLOBOCAN “en el año 2018 se diagnosticaron más de 66mil nuevos casos y más de 33 mil muertes y para el año 2020 se incrementó a 70 mil casos nuevos de cáncer y se produjeron más de 34 mil muertes. Mientras los datos por órgano afectado son: 8,700 casos de cáncer de próstata; 6,860 de mama; 6,300 de estómago; 4,636 de colorrectal, 4,270 de cuello uterino y 39,083 de otro tipo, siendo las tres neoplasias más frecuentes en varones: próstata, estómago y colorrectal y en mujeres: mama, cuello uterino y estómago. Las tasas de mortalidad más altas correspondieron a los cánceres de: estómago, cuello uterino, próstata, mama y pulmón respectivamente, las tres formas de neoplasias que causaron más muertes entre los varones fueron: pulmón, próstata y estómago y en mujeres: cuello uterino, estómago y mama” (2).

De acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS, 2012), Las mayores tasas de incidencia y mortalidad del cáncer de estómago se evidenciaron en ambos sexos y en países latinoamericanos como: Guatemala, Honduras, Ecuador, Chile y Perú; en comparación a EE. UU, Puerto Rico y Canadá, que presentan tasas menores, sin embargo, se pronostica que el cáncer de estómago para el año 2030 sobrepasará los 138,000 nuevos casos y 107,000 muertes (4).

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), “refiere que el cáncer gástrico es una de las entidades más agresivas y frecuentes; representa a nivel nacional el 11.1% de las causas de mortalidad en varones y 8.6% en mujeres. A

nivel regional, Pasco, Cusco, Ayacucho, Huancavelica y Huánuco, representan la mayor tasa de mortalidad de esa enfermedad”. (5)

El Ministerio de Salud, “frente a esta realidad epidemiológica donde el cáncer pasa ser segunda causa de muerte por grupo de enfermedad, con una tasa de incidencia de 145 casos nuevos de cáncer por 1000 habitantes; implementó mediante D.S. N° 009-2012-SA, el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y el mejoramiento de acceso a los servicios oncológicos, denominado **Plan Esperanza**, con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer a través del mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos, incluyendo los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico definitivo, tratamiento y cuidados paliativos. Logro del Plan entre el año 2012 a 2015, incrementó el número de atenciones de 25,359 (2012) a 78,284 (2015) generando ampliación de financiamiento para actividades de prevención y tamizaje”. (6)

Sin embargo, los diferentes tipos de cáncer, entre ellos cáncer del estómago sigue en incremento como se puede apreciar en los diferentes informes de los investigadores: Sachs (citado en Torres et al, 2015) indica que “el cáncer gástrico se asocia a varios factores de riesgo, pero, el 90% de ellas están relacionados al consumo de cigarrillos, dietas ricas en sal, alimentos ahumados, sedentarismo, la obesidad, además de la infección por *Helicobacter Pylori*”. (7) TORRES et al (7), en Revista de Gastroenterología del Perú, reporta que el cáncer gástrico es una de las principales causas de mortalidad más agresivas que representa “el 14,7% de las causas de mortalidad en varones (sólo detrás del cáncer de próstata) y 13,4% en mujeres, observándose mayor tasa de mortalidad en regiones de la Sierra como Huánuco, Pasco y Cusco”.

De acuerdo el Ministerio de salud (8), en 2016, “las neoplasias malignas constituyeron la segunda causa de mortalidad siendo superadas sólo por las enfermedades infecciosas y parasitarias. Los departamentos con mayor tasa de mortalidad fueron Huánuco (153,4 por 100 000), Junín (151,3 por 100 000), Apurímac (141,8 por 100 000), Ayacucho (140,8 por 100 000) y San Martín (140,6 por 100 000). Los cánceres con mayor mortalidad fueron: próstata (21,0

por 100 000 varones), estómago (19,3 por 100 000), hígado y vías biliares (12,3 por 100 000 mujeres), cérvix (11,8 por 100 000), y tráquea, bronquios y pulmón (10,6 por 100 000). El incremento de la incidencia de cáncer en el Perú se explica en gran medida por los determinantes sociales de la salud, así como por la exposición de la población a factores de riesgo. Los determinantes sociales más relevantes para el cáncer son la pobreza, educación y urbanización”.

BENDEZU (9) en su trabajo de investigación “conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017”, concluye que el nivel de conocimiento de los usuarios es medio y guarda moderada relación con la actitud hacia a la prevención del cáncer de estómago.

GLOBOCAN (10), resalta que el cáncer en Perú en 2020: Morbilidad registra un total de 69,849 casos nuevos de diagnóstico de cáncer; de los cuales, en sexo masculino (cáncer de próstata tuvo mayor incidencia 26.6%, seguido por el cáncer de estómago con 10.2% y el cáncer de colon con 6.9%) y en las mujeres (cáncer de mama con 18.5%, cáncer de cuello uterino con 11.5% y el cáncer de colon con 6.4%). Mortalidad por tipo de cáncer en el país: primer lugar por cáncer de estómago con 4979 muertes por año; segundo por cáncer del pulmón con 2595 y en tercero por cáncer de próstata con 2433 muertes por año.

Revilla (11), sobre situación de cáncer en Perú- 2021, reporta que la tasa estandarizada de mortalidad por neoplasia maligna de estómago según departamento, Perú 2015, ocupa primer lugar Huancavelica, segundo Huánuco, tercer lugar Ayacucho, cuarto Apurímac, quinto Junín, sexto Cajamarca, séptimo Pasco, ocupando puesto 26 departamento de Tumbes. El mismo Revilla, haciendo el análisis de los datos de vigilancia epidemiológica de cáncer de 15 hospitales peruanas en año 2019, informa que Hospital Regional Ayacucho ocupa el quinto lugar con 349 casos.

De acuerdo al análisis epidemiológico de cáncer en Perú, se evidencia que el “Primer Plan Nacional de cáncer no cumplió satisfactoriamente sus metas, dado que en la actualidad la frecuencia de cáncer sigue en crecimiento (tasa de incidencia de cáncer del 25% al comparar el repórter de Globocan 2012 vs 2018), generando

gran impacto económico y pobreza sobre todo por su diagnóstico tardío; como alternativa se formuló e implementó el segundo Plan Nacional de cáncer , denomina **Plan Nacional de Cuidado Integral de Cáncer 2020 a 2024**, con objetivo de brindar el acceso a los ciudadanos a la atención integral al menos a 40 mil personas al año (financiados por SIS) para disminuir la mortalidad y morbilidad por esta enfermedad, a través de acciones estratégicas de promoción de la salud, prevención primaria, prevención secundaria, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, que incluya atención de cuidados paliativos desde el primer nivel de atención; acentuando la supervisión, monitoreo y evaluación integral de las metas. Planteándose 9 objetivos específicos, entre ellos, **desarrollar investigación clínica** y de salud pública, para mejorar la toma de decisiones en el cuidado integral de cáncer”. (12)

En Hospital EsSalud de Ayacucho - servicio de Gastroenterología se observa que hay alta demanda de pacientes con molestias gástricas (dispepsias, dolor abdominal, indigestión, pérdida de apetito, hemorragias digestivas y otros) y son diagnosticados de manera presuntiva como gastritis, úlceras u otros; y por descartar tumor maligno y benigno.

Por la situación problemática expuesta y con la finalidad de presentar información actualizada y relevante, se desarrolló el presente trabajo de investigación. titulado **CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DE ESSALUD DE AYACUCHO, 2021.**

La investigación está estructurada de la siguiente manera:

#### **Enunciado del problema**

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre la prevención del cáncer de estómago en usuarios del servicio de gastroenterología de EsSalud de Ayacucho, 2021?

#### **Objetivo general:**

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre la prevención del cáncer de estómago en usuarios del servicio de Gastroenterología de EsSalud de Ayacucho, 2021.

#### **Objetivos específicos:**

- ✓ Evaluar el nivel de conocimientos sobre la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acudieron al servicio de Gastroenterología de EsSalud de Ayacucho, 2021.
- ✓ Evaluar la actitud sobre la prevención del cáncer de estómago, en usuarios que acudieron al servicio de Gastroenterología de EsSalud de Ayacucho, 2021.
- ✓ Demostrar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre la prevención del cáncer de estómago, en usuarios que acudieron al servicio de Gastroenterología de EsSalud de Ayacucho, 2021.

**Hipótesis propuesta:**

- ✓ Hi: El nivel de conocimiento se relaciona con la actitud sobre la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acudieron al servicio de gastroenterología de EsSalud de Ayacucho, 2021.
- ✓ Ho: El nivel de conocimiento no se relación con la actitud sobre la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acudieron al servicio de gastroenterología de EsSalud de Ayacucho, 2021.

**Materiales y método:** se realizó un estudio de enfoque cuantitativo de tipo aplicativa descriptiva correlacional. La población estuvo conformada por 200 usuarios que acudieron al servicio de gastroenterología del mes de agosto - setiembre del 2021 y la muestra de 40, para la recopilación de información se empleó la técnica de encuesta para ambas variables y el instrumento un test de conocimiento y un cuestionario tipo Likert validado por el autor Rensis LIKERT (1903-1981).

**Resultados:** los usuarios que acuden al servicio de gastroenterología de EsSalud, Ayacucho, en su mayoría 40% tienen un nivel de conocimiento alto, 32.5% medio y 27.5% bajo; respecto a la actitud, el 57.5% presentaron una

actitud indiferente, 37.5% favorable y 5.0 % desfavorable. Conclusión: el nivel de conocimiento no guarda relación significativa con la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago en los usuarios que acuden al servicio de gastroenterología de EsSalud de Ayacucho conforme al estadístico de correlación de Pearson (.238) y un nivel de significancia ( $p>0.05$ )

La presente investigación tiene la siguiente estructura:

- Capítulo I: Revisión de la Literatura
  - Capítulo II: Materiales y Métodos
  - Capítulo III: Presentación de Resultados
  - Capítulo IV: Discusión
- Conclusiones
- Recomendaciones
- Referencia Bibliográfica
- Anexo



## CAPITULO I

### REVISION DE LITERATURA

#### 1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

##### 1.1.1. A nivel internacional:

Doval et al (13). En la investigación titulada “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los factores de riesgo del cáncer en estudiantes de bachillerato del colegio IED el Salitre– Suba, sede en la ciudad de Bogotá – Colombia 2015, realizado en 221 estudiantes, dividido en 106(48%) mujeres y 115 (52%) hombres. Se empleó como instrumento de recolección de datos un cuestionario. **Resultados:** Se evidenció que el 79,2% de los jóvenes está de acuerdo que fumar cigarrillo aumenta el riesgo de desarrollar cáncer, el 38,2% no sabe que el consumo regular de alcohol aumenta el riesgo de cáncer, el 43,2% no sabe que el sobre peso y la obesidad aumentan el riesgo del cáncer, el 44,3% no sabe que la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) aumenta el riesgo de desarrollar cáncer. Por otra parte, el 46,2% de la población cumple con los 150 minutos de actividad física por semana sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dividido en 55,8% hombres y 35,9% mujeres observando que los hombres son los que mayor actividad física realizan”.

### 1.1.2. A nivel nacional:

Luquillas (14), en la investigación titulada: “Conocimiento y actitudes sobre prevención de cáncer de estómago en estudiantes de 4to y 5to Año de educación secundaria de la institución educativa César Vallejo, Huánuco – 2017. **Diseño metodológico:** estudio analítico, diseño correlacional en 160 estudiantes de educación secundaria con un cuestionario de conocimiento y una escala de actitudes en la recolección de datos; y en el análisis inferencial se utilizó la prueba del Chi Cuadrado de Independencia con un nivel de significancia  $p < 0,05$ . **Resultados:** Respecto al conocimiento sobre prevención del cáncer gástrico, 53,8% tienen conocimientos deficientes y 46,2% conocimientos buenos. En cuanto a las actitudes, 51,2% tienen actitudes negativas y 48,8% actitudes positivas. Al analizar la relación entre las variables, se identificó que el conocimiento sobre la prevención del cáncer gástrico se relaciona significativamente con las actitudes de los estudiantes en estudio [ $X^2=14,310$ ;  $p=0,000$ ]. Respecto a la evaluación por dimensiones, se encuentra que el conocimiento sobre los aspectos generales ( $p=0,001$ ); factores de riesgo (0,008); prevención primaria ( $p=0,007$ ) y prevención secundaria del cáncer gástrico ( $p=0,002$ ) se relacionan significativamente con las actitudes hacia la prevención del cáncer gástrico en los estudiantes en estudio. **Conclusiones:** Existe relación entre el conocimiento y las actitudes hacia la prevención del cáncer gástrico en los estudiantes en estudio, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación”.

Berrospi et al (15) en su investigación “Factores asociados a conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes en un hospital de Lima - Perú, 2017, con objetivo de determinar los factores asociados a conocimientos sobre la prevención del cáncer gástrico en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Vitarte de Septiembre - noviembre del 2017. **Métodos:** Estudio transversal, analítico y observacional. La muestra estuvo conformada por 321 pacientes quienes cumplieron con los criterios de selección. Se aplicó el test de nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico y el test de Graffar. Para el análisis de los datos se empleó el software estadístico IBM SPSS versión. **Resultados:** El 62% de la población encuestada obtuvo nivel de

conocimiento medio. Además, la asociación del nivel de conocimiento, la situación laboral, el acceso a internet y el estrato socioeconómico fue estadísticamente significativa ( $p=0.019$ ,  $p=0.018$ ,  $p=0.001$ ). **Conclusión:** Se concluye que el nivel de conocimiento bajo y medio sobre prevención de cáncer gástrico se asoció significativamente con no tener ocupación, no tener acceso a internet y pertenecer a un nivel socioeconómico IV y V”.

Cueto (16) en la investigación “Relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes acerca de la alimentación para la prevención del cáncer. Centro de salud Alto Selva Alegre, Arequipa, 2016. **Diseño metodológico:** de enfoque cuantitativo nivel descriptiva relacional de corte transversal, en 285 personas seleccionados mediante los criterios de inclusión. Empleando como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario de conocimientos y actitudes acerca de la alimentación para la prevención del cáncer. **Conclusión:** el nivel de conocimiento sobre alimentación para prevenir el cáncer es bajo en el 60.35%, la actitud positiva en 83.51%, además se encuentra mediante el análisis estadístico de  $X^2$ , existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud de la población ( $p<0,05$ )”.

López (17) en su tesis “Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer gástrico en pobladores del distrito de la Victoria durante el período julio-octubre del 2016, con objetivo de Describir los conocimientos sobre prevención de cáncer gástrico en pobladores del distrito La Victoria durante el periodo Julio- octubre del 2016. Material y métodos: Se realizó un estudio no experimental, cuantitativo-descriptivo, aplicando una encuesta previamente validada, y como instrumento el cuestionario, el cual fue dirigido a una muestra de 308 pobladores del distrito la Victoria. Resultados: Del total, 53,87% personas conocían la mayoría de medidas preventivas de cáncer gástrico basándose en factores de riesgo desencadenantes. De los factores de riesgo personales, 152 (49,35%) respondieron correctamente la mayoría de premisas, de éstos, la respuesta más acertada fue sobre el cáncer laboral (80.8%). Con respecto al ámbito alimentario, 65,91% de los pobladores acertaron en la mayoría de preguntas; 82,1% de éstos consideran la correcta higiene de alimentos como la mejor medida preventiva,

representando la pregunta más acertada de todo el cuestionario. Por último, dentro de los factores de riesgo biológicos; sólo 40,91% conocen la mayoría de medidas preventivas, y solo 28,2% lo considera suficiente para originar cáncer gástrico”.

Villanueva (18) en su investigación “Conocimientos y Actitudes sobre prevención del Cáncer de estómago en estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2016, con objetivo de establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015. Métodos: Se realizó un estudio relacional, realizado a 229 estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, durante el año lectivo 2015. Se empleó dos guías de entrevista en la recolección de datos. **Resultados:** Existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, el cual se determinó mediante la prueba de Chi cuadrado en donde se encontró un valor calculado de ( $X^2 = 2,70$ ;  $P < 0,047$ ) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que existe relación entre los conocimientos y las actitudes frente a la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco 2015. Conclusiones: En conclusión, de acuerdo a la Hipótesis de investigación planteada en el presente estudio se rechaza la hipótesis nula y se acepta la de investigación en donde se refiere a que existe relación entre los conocimientos y las actitudes de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la universidad de Huánuco en el 2015”.

Barrera(19)-en la investigación descriptiva, “Nivel de cultura sobre prevención y diagnóstico precoz del cáncer en la población que asiste al Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo en Lima, Perú, 2015, realizado en 145 usuarios de los diferentes servicios que ofrece el Centro de Salud. La técnica utilizada fue la entrevista, instrumento un cuestionario. Determinaron que: El Nivel de Cultura sobre prevención y diagnóstico precoz del cáncer es bajo con 35.7% (52); respecto a cada dimensión se encontró que el Nivel de Cultura sobre prevención del cáncer es Bajo con 46.6% (68) y Nivel de Cultura sobre el

Diagnóstico Precoz del cáncer es Bajo con 46.7% (68) sobre el total de la muestra”.

Cutipa (20) en la investigación descriptiva, “Conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago de los usuarios del CS primavera en el distrito El Agustino - Lima, Perú, 2011. tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre prevención primaria y secundaria del cáncer de estómago; con el propósito de brindar información actualizada a la institución de salud y al personal de enfermería acerca del nivel de conocimientos de cáncer de estómago y las prácticas de prevención que tienen los usuarios del Centro de Salud Primavera, a fin de motivar e incentivar al profesional de Enfermería a desarrollar estrategias en actividades preventivo-promocionales que logren concientizar a la familia y comunidad, para que adopten practicas saludables en la prevención del cáncer de estómago, contribuyendo a disminuir la morbimortalidad por esta afección. **Diseño metodológico:** enfoque cuantitativo, nivel descriptivo diseño no experimental de corte transversal, realizado en 72 usuarios que acuden 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. **Resultados:** 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 es medio; en las sub 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 es medio”.

### 1.1.3. A nivel local.

Bendezú et al (21), En la investigación “Conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017. **Diseño metodológico:** enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, de diseño no experimental, nivel descriptivo correlacional, prospectivo, y de corte transversal; el área de estudio es el consultorio externo de medicina del Hospital Regional de Ayacucho, con una población conformada por usuarios que acuden al consultorio externo de medicina, cuya muestra

conformada por 109. La técnica de recolección de datos es la entrevista estructurada y los instrumentos: Test de conocimiento y escala tipo Likert. **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, así mismo 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  $p < 0,05$ ).

## 1.2. BASE TEÓRICA

### 1.2.1. Conocimiento

Respecto al Conocimiento; esta se define “como el conjunto de información, conceptos, enunciados, experiencias, valores, percepciones e ideas que crean determinada estructura mental en el sujeto para evaluar e incorporar nuevas ideas, saber y experiencias. Así mismo, es la capacidad de utilizar información de una manera eficaz, es el modo en que los seres humanos adquirimos unas destrezas que nos sirven para resolver problemas, nos permite tomar decisiones y actuar”. (22)

Desde una perspectiva social, afirma que “el conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social, se halla indisolublemente unido a la actividad práctica”.

Desde un enfoque filosófico, “el conocimiento es un proceso infinito de aproximación del pensamiento al objeto que se quiere conocer, del movimiento de la idea, del no saber al saber, del saber incompleto al saber completo”.

Desde el punto de vista pedagógico; “conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad que es del propio pensamiento y de la percepción, incluyendo el entendimiento y la razón. Es una estructura neuronal generada tras largos procesos de aprendizaje. No se puede

transferir, solamente lo podemos adquirir las personas cuando aprendemos, el conocimiento siempre es aprendido”. (23)

### **1.2.1.1 CLASIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO**

El conocimiento tiene varias clasificaciones, del cual dos son de interés para la presente investigación:

**Por el nivel de complejidad:** “se sub-clasifica en conocimiento sensible, conceptual y holístico. La clasificación de interés es el conocimiento conceptual, que es la representación inmaterial de abstracciones de algún objeto o fenómeno. Además, permite establecer categorías en función a las cualidades que se desea medir” (24).

**Por el grado de conocimiento,** “se clasifica en alto, medio, bajo o en sub escalas más específicas, el grado cuantifica el conocimiento en términos mensurables”.

Como argumenta BUNGE (25) que el conocimiento, “se trata de un producto final de una relación dialéctica, permanente y necesaria entre el interior racional, cognoscitivo de los seres humanos y el mundo exterior espacial-temporal en el que se desenvuelven. Este producto final edificado en base a la facultad de razonar y entender (razonamiento y entendimiento), termina por producir un resultado que son los conceptos, los juicios y los raciocinios; es decir las ideas que construimos sobre la realidad. Estas ideas en términos generales: es el conocimiento”.

Rosental (26) señala: “Conocimiento, es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano, 1965, una definición amplia del conocimiento es la siguiente: El conocimiento consiste en la asimilación espiritual de la realidad indispensable para la actividad práctica, en el proceso del cual se crean los conceptos y las teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional, activa los fenómenos, propiedades y las leyes del mundo objetivo teniendo una existencia real en forma de sistema lingüístico”.

### **1.2.1.2 CARACTERÍSTICAS**

Según ANDREU et al (27) el conocimiento posee tres características:

- “El conocimiento es personal en el sentido de que se origina y reside en las personas que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio hacer ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando convencidas de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas piezas”.
- “Su utilización puede repetirse sin que el conocimiento se consuma como ocurre con otros bienes físicos y permita entender los fenómenos que las personas perciben (cada una a su manera, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también evaluarlos en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento”.
- “Sirve de guía para la acción de las personas en el sentido de decidir qué hacer en cada momento, porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias para cada individuo de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible)”.

### 1.2.1.3 Niveles del conocimiento.

Según Hurtas, “el nivel de conocimiento, es el conjunto de conocimientos adquiridos en forma cualitativa y cuantitativa de una persona, lograda por la integración de los aspectos sociales, intelectuales y experiencias en la actividad práctica, por lo que sus conceptos y su saber determina el cambio de conducta frente a situaciones problemáticas y la solución acertada frente a ello. Constituye los conocimientos adquiridos por las usuarias acerca del cáncer gástrico, esta puede ser medida a través de una escala nominal bajo las siguientes categorías”:

**Bueno:** Denominado también como “óptimo porque hay adecuada distribución cognitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada”.

#### **Características:**

- ✓ Expresa un análisis más exhaustivo y profundo.
- ✓ Posee una coherencia en el conocimiento y las leyes que lo rigen.
- ✓ Acepta la realidad en que vive.
- ✓ Reconoce las consecuencias de sus actos.



- ✓ Sabe explicar los motivos de su certeza.

**Regular:** “Llamado también Medianamente logrado, hay una integración parcial de ideas, manifiesta conceptos básicos y omite otros eventualmente, propone modificaciones para un mejor logro de objetivos y la conexión es esporádica con las ideas básicas de un tema”.

**Características:**

- ✓ Expresión coherente y limitado.
- ✓ Tiene noción de un tema superficialmente.
- ✓ Conoce la causa, pero no el efecto.
- ✓ Surge de la experiencia incorporando sus conocimientos adquiridos.
- ✓ Susceptibles de experimentación.
- ✓ No da soluciones definitivas.

**Deficiente:** “Considerado como pésimo porque hay ideas desorganizadas, inadecuada distribución cognitiva en la expresión básica; los términos no son básicos, no son precisos ni adecuados, carece de fundamentación lógica”.

**Características:**

- ✓ Conocimiento de la experiencia cotidiana del hombre. Conocimiento popular.
- ✓ Son imprecisos y equívocos
- ✓ Limitación en cuanto a la información que maneja. Incoherencia del saber.
- ✓ Es inmediato y fugaz.

#### **1.2.1.4. MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO**

“Dentro del proceso de la evaluación, es necesario adjuntar un valor sobre los aprendizajes (medición del aprendizaje), para este propósito generalmente se emplean categorías con el fin de reportar los resultados obtenidos, para lo cual la categorización numérica o sistema vigesimal es objetiva al momento de la calificación” (29).

#### **Escala Vigesimal (Para medir conocimiento)**

Según Mejía et al (30) es aquella escala que comprende un listado de notas,

que van desde la nota mínima 00 hasta la nota máxima 20. Lo cual permitió categorizar el nivel de conocimientos en tres niveles de conocimientos: alto, medio y bajo, quedando de la siguiente manera”:

- “nivel de conocimiento alto: calificación más que bueno cuando se obtuvo una puntuación de: 16 – 20 puntos”.
- “nivel de conocimiento medio: calificación más que regular, cuando se obtuvo una puntuación de: 11 - 15 puntos”.
- “nivel de conocimiento bajo: similar a la nota desaprobatória, cuando se obtuvo una puntuación de: 0 – 10 puntos”.

## **1.2.2 ACTITUDES.**

### **1.2.2.1 Definición.**

Según la Real Academia Española<sup>31</sup> existe tres definiciones de la palabra actitud.

“La actitud es el estado del ánimo que se expresa de una cierta manera. Las otras dos definiciones hacen referencia a la postura: del cuerpo de una persona (cuando transmite algo de manera eficaz o cuando la postura se halla asociada a la disposición anímica)”.

Es la postura del cuerpo, especialmente cuando expresa un estado de ánimo.

### **1.2.2.2 TEORIA DE LA ACTITUD.**

Según RAE (31) existe tres teorías:

**Teoría del aprendizaje.** Esta teoría sostiene que las actitudes se aprenden en la vida, “Captamos nueva información y aprendemos los sentimientos, acciones y pensamientos que se encuentran relacionados con ellos. En esta línea de pensamiento se concibe a las personas como seres sujetos pasivos donde el aprendizaje es el detonador de la actitud que puedan tomar. de acuerdo a esta teoría la actitud de una persona depende de la cantidad de elementos positivos y negativos que haya aprendido el sujeto”.

**Teorías de la consistencia cognitiva.** Esta teoría asevera que “las personas buscan la coherencia en su vida y para conseguir varían sus actitudes y pensamientos para sentir una unicidad en su ser interno, mientras dos estados de consciencia (incoherencia) les incomoda”.

**Teorías de la disonancia cognitiva.** Esta teoría sustenta “al igual que lo explicado en la teoría anterior, los sujetos se sienten incómodos cuando poseen

ideas o actitudes que se contradicen (disonancia) y como consecuencia de ello buscan disminuir dicha disonancia”.

Según RAE (31), “las actitudes positivas son aquellas que ayudan con el individuo para afrontar la realidad de una forma sana y efectiva, mientras las negativas son las que entorpecen esta relación del individuo con su entorno”.

Las actitudes pueden influir en el comportamiento grupal. “Una persona con una actitud positiva frente a los problemas, puede conseguir incentivar al grupo a salir adelante y a mejorar; mientras que una con una actitud negativa, consigue contaminar para guiarlo en una conducta que llevará al fracaso”.

### **1.2.2.3 ACTITUD POSITIVA VERSOS ACTITUD NEGATIVA**

El término actitud “se entiende como una postura que expresa un estado de ánimo o una intención, o de una forma más general; una visión del mundo”.  
(32)

### **1.2.2.4 La actitud Como adaptación activa.**

Según el diccionario RAE (31), “Una actitud es la forma en la que un individuo se adapta de forma activa a su entorno y es la consecuencia de un proceso cognitivo, afectivo y conductual”.

**Componente cognitivo.** “Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Los objetos no conocidos, o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea”.

**Componente afectivo.** “Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto; es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes”.

**Componente conductual.** “Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto. Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud”.

### **1.2.2.5 Criterio para evaluar actitudes.**

“Existen muchos instrumentos destinados a medir las actitudes: la escala tipo Thurstone, la escala tipo Likert, el escalograma de Guttman y la

escala de diferencial semántico. A continuación, examinaremos la escala tipo Likert, puesto que será utilizado para evaluar el presente trabajo de investigación”.

### **Escala tipo Likert.**

Como menciona Hernández (33) “ es una escala muy utilizada para medir actitudes que fue desarrollada por Rensis Likert en 1932. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones. La escala Likert posee un proceso de construcción más breve y sencilla que la escala tipo Thurstone, donde todas sus características propuestas son también válidas para Likert, como”:

- referido a actos presentes, ni pasados, ni futuros
- evitar los términos: siempre, poco, mucho, todos, nadie, ya que son términos absolutos y las actitudes son constructos dinámicos y por tanto no sirven,
- evitar las negaciones y las dobles negaciones,
- evitar que puedan interpretarse de más de una forma,
- lenguaje directo y muy comprensible para la muestra,
- frases cortas (no más de 20 palabras),
- un único concepto,
- recomiendan que la mitad de los enunciados estén a favor y la otra en contra, y que se entremezclen,
- recomienda que existen números similares de enunciados de los 3 componentes.

“Para confeccionar una escala tipo Likert se construye con un elevado número de afirmaciones que califiquen al objeto de actitud, y se administran a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada ítem o frase. Estas puntuaciones se correlacionan con las del grupo a toda la escala (la sumade las puntuaciones de todas las afirmaciones) y las frases o reactivos, cuyas

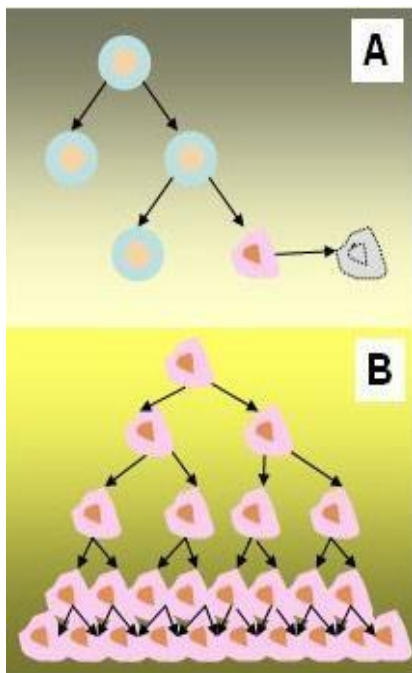
puntuaciones se correlacionen significativamente con las puntuaciones de toda la escala; se seleccionan para integrar el instrumento de medición. Asimismo, debe calcularse la confiabilidad y validez de la escala”.

### 1.2.3 Generalidades del cáncer

#### 1.2.3.1 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), “el término genérico **Cáncer** engloba un grupo numeroso de enfermedades cuya particularidad es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos”. (34)

“Normalmente, las células humanas crecen, se dividen y mueren durante un periodo de tiempo programado para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesite. Sin embargo, la célula cancerosa o tumoral pierde la capacidad para morir y se divide casi sin límite conforme se explica en la (Figura 1). Tal multiplicación en el número de células llega a formar unas masas, denominadas **tumores** o **neoplasias**, que en su expansión pueden destruir y sustituir a los tejidos normales”. (35)



A. “Las células normales se dividen de forma controlada. Cuando una célula normal desarrolla mutaciones u otras alteraciones que no pueden ser adecuadamente reparadas activa su propio programa de muerte celular para así controlar su desarrollo y crecimiento. Este proceso es conocido como apoptosis”.

B. “Las células cancerosas desarrollan mutaciones que no son reparadas y pierden la capacidad para morir”.

“Algunos cánceres pueden no formar tumores, como sucede típicamente

en los de origen sanguíneo. Por otra parte, no todos los tumores son **malignos** (cancerosos). Hay tumores que crecen a un ritmo lento, que no se diseminan ni infiltran los tejidos los vecinos y se los considera **benignos**. Puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, por lo que se clasifica en función del tejido y de la célula de origen. Existen diferentes formas de cáncer, siendo tres los principales tipos: los sarcomas, que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. Los carcinomas, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata. En el tercer tipo se encuentran las leucemias y los linfomas que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas”.  
(35)

#### **1.2.3.2 Patrones de crecimiento:**

##### **Patrones de crecimiento no neoplásico**

**Hiperplasia.** “Es un aumento reversible del número de células de un determinado tipo celular produciendo una masa de tejido”.

**Hipertrofia.** “Es un aumento en el tamaño celular”.

**Metaplasia.** “Un tipo de célula adulta es reemplazado por otro que raras veces se encuentra en el tejido afectado”.

**Displasia.** “Son las alteraciones en las células adultas sanas, estas dan lugar a una variación en el tamaño, la forma o la organización normal, o cuando se reemplaza un tipo de célula madura por otro en la etapa inferior de maduración”.

##### **Patrones de crecimiento neoplásico**

**Anaplasia.** “Significa sin forma, y es un cambio irreversible en el cual las estructuras de las células adultas sufren regresión a niveles más primitivos”.

**Neoplasia benigna.** “Es una masa de tejido anormal que no invade ni destruye tejido normal”.

#### **1.2.3.3 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS**

La expectativa de vida de la población peruana va en crecimiento “debido a un mejor control de las enfermedades infecciosas, parasitarias y perinatales y, con ello, crece la proporción de gente de edades más avanzadas, en quienes la incidencia de cáncer es más alta. La combinación del incremento poblacional,

urbanización, cambios en la dieta y aumento de la expectativa de vida, impulsarán el marcado aumento en la incidencia de cáncer en los países en vías de desarrollo, como el Perú. Sin embargo, en estos países, alrededor del 80% de los pacientes con cáncer que llegan a la consulta especializada lo hacen ya en estadios avanzados de la enfermedad, en los cuales el tratamiento es difícil, de alto costo y de bajo rendimiento. El manejo es complicado y el proceso repercute de manera negativa y significativa en el rendimiento laboral y en la vida personal de los pacientes y sus familias. La mejor manera de prevenir estas situaciones es a través de una adecuada orientación de las políticas públicas, particularmente en las políticas de prevención y diagnóstico precoz. La prevención del cáncer a través de la educación junto a otras medidas para disminuir las adicciones al tabaco, al alcohol, los malos hábitos alimenticios y las conductas sexuales de riesgo, y reducir la exposición a otros agentes cancerígenos físicos y químicos y las infecciones por algunos virus con potencial cancerígeno, pueden conducir a largo plazo a una reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer". (36)

Vallejo (37) en observancia a los datos de Globocan -2018, "sostiene que el cáncer sigue siendo uno de los problemas de salud pública en muchos países o regiones del MUNDO. En el Perú, el cáncer representa la primera causa de muerte, se diagnosticaron más de 66 mil nuevos casos y se registraron más de 33 mil muertes por cáncer. Las tres patologías más frecuentes en las mujeres fueron cáncer de mama (19%), cérvix (11%) y cáncer de estómago (7%), en los hombres cáncer de próstata (25%), estómago (10%) y colorrectal (7%); y las principales causas de muerte fueron por cáncer de estómago (13%), pulmón (8.6%) y próstata (8.2%). La tasa de incidencia fue de 192.6 y la tasa de mortalidad de 92.9 por 100,000 personas, respectivamente. La tasa de incidencia y mortalidad por cáncer siguen incrementándose en nuestra población en relación al reporte del período 2012; es posible que estos incrementos sean una consecuencia de los cambios de la estructura de edad de la población, adopción de estilos de vida sedentaria, dieta no saludable y entre otros factores".

Esta situación problemática motivó a los países acordar la meta de Reducir la Mortalidad Prematura por Cánceres y otras enfermedades no transmisibles en un tercio para el 2030; para lograr tal fin pactaron en lograr la cobertura sanitaria

universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. También pactaron realizar actividades encaminadas a lograr otras metas como las de mejorar la salud ambiental y reducir las desigualdades sociales, para reducir la carga del cáncer.

#### **1.2.4 Cáncer de estómago**

El cáncer de estómago conocido también como cáncer gástrico (CG) es un cáncer que se origina en el estómago.

Fenóglío et al (citado en INEN, 2013) define al cáncer gástrico como “Cáncer que se forma en los tejidos que revisten el estómago y que afecta a los diversos tejidos de la unión esofagogástrica y estómago con distinto origen embriológico y diferenciación histológica. Generalmente es una sinonimia hablar de cáncer gástrico y adenocarcinoma gástrico, porque el 95% del total de CG son adenocarcinomas. Las capas del estómago son importantes para determinar la etapa (extensión) del cáncer y en ayudar a determinar el pronóstico de una persona. La distribución del CG es: Fondo y Unión 35%, antro 40%, cuerpo 25%. La diseminación del CG es por extensión local, a través de los plexos linfáticos de su pared. Los órganos afectados son: el omento, bazo, diafragma, hígado, páncreas y colon”. (38)

##### **1.2.4.1 FACTORES DE RIESGO**

Según OMS, “Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (38) (39).

El riesgo de cáncer en una determinada población “depende directamente de las características biológicas y el comportamiento de los individuos que la componen, así como las condiciones sociales, ambientales, políticas y económicas que los rodean. El cáncer tiene un origen multifactorial con ciertas variables inmodificables como la carga genética, pero con muchas otras modificables a través de nuestros estilos de vida”, como: (38) (39) (40)

##### **Factores medioambientales:**

**Alimentación y nutrición pobre en frutas y verduras,** “afectan el riesgo



de padecer cáncer. Las verduras y frutas son un grupo muy amplio de alimentos que proveen micronutrientes y otros compuestos bioactivos como fibra dietética, vitamina c, minerales y polifenoles. Se ha establecido que una persona que consume adecuadamente frutas y verduras tiene la mitad del riesgo de contraer cáncer controlado”.

### **Consumo de alimentos salados, procesados y ahumados**

“Una dieta con alto contenido de sal puede aumentar el riesgo de cáncer de estómago. Esto incluye alimentos conservados con métodos de secado, ahumado, salado o encurtido y alimentos con alto contenido de sal agregada y grasas ya que en su gran mayoría contienen nitritos y nitratos. La sal puede dañar directamente la mucosa gástrica y promover la formación de compuestos N-nitrosos potencialmente cancerígenos. La evidencia es consistente en el caso del consumo elevado de alimentos salados, se estima un incremento del riesgo de CG de hasta cinco veces por porción al día. Las carnes rojas contienen hierro, el cual promueve la formación de compuestos N- nitrosos potencialmente mutagénicos y cancerígenos. En el caso de las carnes procesadas, las altas cantidades de sal y nitratos, nitritos y nitrosaminas también contribuyen en el proceso. Adicionalmente, las carnes ahumadas o asadas a altas temperaturas pueden contener aminos heterocíclicos e hidrocarburos aromáticos policíclicos, también con potencial cancerígeno”.

### **Bebidas alcohólicas**

“El etanol por sí mismo no es cancerígeno, pero interfiere con el metabolismo de otros agentes potencialmente promotores del cáncer. El alcohol actúa como solvente facilitando el transporte de cancerígenos menos solublese interfiere con la integridad de la membrana celular y con la comunicación intercelular”.

### **Tabaquismo**

“Un cigarrillo contiene cuatro mil sustancias químicas (alquitrán, fenol, nicotina, etc.) de las cuales 200 son venenosas y 40 de ellas cancerígenas”.

“Es ampliamente reconocido hoy en día como una enfermedad crónica generada por la dependencia a la nicotina, estando por eso incluido en la CIE10

de la OMS. El tabaco es una causa evitable de cáncer de estómago”. Gonzáles señala que “el humo del tabaco llega al estómago inhalado o con la mucosidad bronquial deglutida. Contiene N-nitrosaminas y óxidos de nitrógeno, ambos cancerígenos gástricos, porque forman radicales libres con elevado potencial oxidante”.

### **Agentes carcinógenos ambientales o Exposición ocupacional**

El cáncer ocupacional “causado por la exposición a agentes cancerígenos presentes en los ambientes de trabajo que representa de 2 a 4% de los casos de cáncer. De acuerdo a la Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer (2007) y la IARC, clasifican 99 sustancias de uso industrial cancerígenas. Los tipos de industria relacionadas al cáncer de estómago son las siguientes: Llantas, fundición de hierro, acero, cuero y zapatos. (41) 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)”.

### **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 a los factores de riesgo, como consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias”.

**Edad.** “Las tasas del cáncer de estómago en las personas de más de 50 años aumentan bruscamente, tal es así, que en la mayoría de las personas diagnosticadas con cáncer de estómago se encuentran entre los 60 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”. (40) (41)

**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”. (41)

### **Helicobacter pylori (Hp)**

Fuentes et al, (41) (43) (44) de acuerdo a los datos estadísticos de Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) y de la OMS, sostiene que el *Helicobacter pylori* como uno de los principales agentes carcinógenos del estómago; conforme al autores citados “el *Helicobacter pylori* fue aislado por primera vez en 1982 por el gastroenterólogo Barry Marshall y el patólogo Robin Warren a partir del cultivo de biopsia gástrica. Esta bacteria produce una respuesta inflamatoria en la mucosa gástrica de los individuos infectados, daña al epitelio mucosecretor gástrico facilitando la reacción de células inflamatorias como linfocitos, polimorfonucleares y macrófagos. Las células epiteliales tras la adhesión bacteriana liberarán interleukina-8 que junto a factores citotóxicos del germen activan a polimorfonucleares con la consiguiente liberación de proteasas y metabolitos reactivos de oxígeno. Se produce un estallido oxidativo que lesiona el ADN e induce mutaciones en las células germinales mucosas, que de no corregirse culminará con la aparición del cáncer gástrico. El 78% de los cánceres gástricos localizados fuera de los cardias se relacionan con la bacteria”.

### **Factores hereditarios:**

#### **Antecedentes familiares de cáncer de estómago**

“El riesgo de padecer de esta enfermedad es mayor en personas con una historia familiar positiva de cáncer gástrico. Algunos individuos heredan un riesgo mayor de desarrollar un cáncer gástrico cuando miembros de su familia han presentado un cáncer gástrico, colónico, ovárico o uterino. Por tanto, la historia familiar se ha asociado con un riesgo 1.5 veces mayor para padecer de cáncer gástrico; lo que se puede explicar por diferencias hereditarias en los polimorfismos inflamatorios de citoquinas” (42) (43) (44)

**Grupo sanguíneo A.** “Por razones desconocidas, las personas con el tipo de sangre A tienen un mayor riesgo de llegar a padecer cáncer de estómago” (40) (42)

### 1.2.4.2 Manifestaciones clínicas

El cáncer gástrico “usualmente se caracteriza por signos y síntomas no específicos, por lo que generalmente dependen del estado en que sea diagnosticada la enfermedad. En los pacientes con cáncer gástrico incipiente hasta el 80 % pueden estar asintomáticos. En el resto los síntomas son inespecíficos, estos refieren síntomas de tipo dispéptico (dolor epigástrico leve recurrente, pirosis con o sin distensión abdominal, náuseas y vómitos). Los signos que puede presentar son: ganglio supraclavicular izquierdo (Virchow), nódulo periumbilical, nódulo en la axila izquierda (Irish), ascitis o al tacto rectal las placas de Blummer”. (45)

### 1.2.4.3 Clasificación

“Los tumores malignos del estómago comprenden a los carcinomas, linfomas, leiomiosarcomas, carcinoides y otros de menos frecuencia. El adenocarcinoma ha sido clasificado de muchas maneras y por diversos autores, pero las más comunes son”:

#### Clasificación de cáncer gástrico temprano

Según INEN (38) “Cáncer gástrico temprano (CGT) es un término muy aplicable en la caracterización de la enfermedad en estadio incipiente. Compromete mucosa y submucosa pudiendo presentar metástasis regionales”.

Protruido	Tipo I
Elevado	Tipo IIa
Plano	Tipo IIb
Deprimido	Tipo IIc
Escavado	Tipo III

#### Clasificación de cáncer gástrico avanzado (Borrmann) (38)

“Cáncer gástrico avanzado (CGA) es definido por la invasión más allá de la submucosa. Compromete las capas musculares propias y las otras. Divide al cáncer gástrico de acuerdo a su apariencia macroscópica”:

<b>Borrmann I</b>	Polipoideo	Tipo 1
-------------------	------------	--------

<b>Borrmann II</b>	Ulcerado, bien delimitado y con bordes sobre elevados	Tipo 2
<b>Borrmann III</b>	Ulcerado-infiltrante, zonas planas de diseminación difusa	Tipo 3
<b>Borrmann IV</b>	Difuso-infiltrativo	Tipo 4
Borrmann V	No clasificable	Tipo 5

### **Clasificación de la OMS (47)**

“La clasificación de la OMS es altamente reproducible y sus términos son muy familiares para los patólogos y es empleada como una clasificación de rutina por muchos de ellos, por ser práctica y reproducible”.

a.Papilar (pap)	d. tubular 2 (moderadamente diferenciado)	g. mucinoso (muc)	j. pavimentoso
b.tubular	e.tubular 3 (pobremente diferenciado)	h. indiferenciado (ud)	k.tumor carcinoideo (cd)
c.tubular 1 (bien diferenciado)	f.con células en anillo (sig)	i.adenopavimentoso	l.miscelania (ms)

#### **1.2.4.4 Tratamiento.**

Los principales tratamientos oncológicos del carcinoma gástrico se basan en la endoscopía, cirugía, quimioterapia y la radioterapia; también la paliación activa que permite al paciente a sentirse más cómodo y mejora la calidad de vida, pero no cura la enfermedad. Un factor determinante para el tratamiento es el estadio clínico de la enfermedad. Dependiendo de este se elabora el plan terapéutico. (38)

#### **1.2.4.5 Pronóstico**

Según INEN, “en casos que se diagnostican cuando el tumor ha invadido la capa muscular del estómago, y en tales casos la tasa de supervivencia a los 5 años es inferior al 20%. En casos que diagnóstico es temprano. La resección quirúrgica o endoscópica en dichos casos conlleva una tasa de supervivencia a los 5 años superior al 90%”. (38)

#### **1.2.4.5 PREVENCIÓN DE CÁNCER GÀSTRICO.**

Según la Organización Mundial de la Salud (1998) la prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la 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”.

##### **Niveles de prevención:**

De acuerdo a los autores citados los niveles de prevención se clasifican en:

##### **A) Prevención primaria**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), la prevención primaria: “Son Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. La prevención primaria con énfasis en el manejo de los factores asociados al modo de vida en todas las edades y con intervenciones para combatir los agentes cancerígenos ambientales y ocupacionales, promoverá reducción del cáncer. El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad, promoviendo conductas saludables a todo nivel. Con la prevención primaria, el paciente tiene el poder de controlar su riesgo y disminuirlo” (49).

“La prevención primaria propone modos de vida saludable y sus intervenciones ambientales son la mejor opción para reducir la creciente carga del cáncer. De acuerdo al Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer en el Perú, se debe aplicar las siguientes medidas preventivas”: (12)

- “Desarrollar acciones de información y educación a fin de mejorar los hábitos alimentarios: fomentar el consumo diario de cinco porciones de frutas frescas, legumbres, frutas secas, verduras frescas haciendo uso de la adecuación cultural en un mínimo de 400 gr diarios, evitar las carnes rojas y productos procesados de carnes rojas porque aumentan el riesgo de cáncer y limitar el consumo de alcohol a 12 onzas de cerveza ó 5 onzas de vino ó 1.5 onzas de licor fuerte”.
- “Alcanzar las metas de reducir el uso del tabaco entre los jóvenes menores de 18 años y los adultos”.
- “Reducir la exposición de personas a agentes cancerígenos: Llantas, fundición de hierro, acero, cuero y zapatos”.

- Promover “acciones de control de las infecciones por *Helicobacter pylori*, dado que su presencia incrementa el riesgo de cáncer de estómago en 3 a 6 veces, y mejorar los hábitos alimentarios con medidas de higiene”.
- Conservación de un estado nutricional y estimación de riesgo genético.

## **B) Prevención secundaria**

Como dice Vignolo et al (49) que “la prevención secundaria son medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición. La prevención secundaria está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas)”.

Terris (50), expresan que “el propósito de la prevención secundaria es identificar a los individuos cuanto antes e intervenir eficazmente con el proceso de la enfermedad para minimizar los efectos adversos y controlar las complicaciones. En el cáncer, la prevención secundaria implica identificar los grupos de mayor riesgo y definir las modalidades de investigación para un diagnóstico y tratamiento precoz, cuyos objetivos son incrementar el número de pacientes pesquisados en etapa precoz, mejorar la sobrevida y disminuir la tasa de mortalidad con métodos diagnósticos y tratamientos que tengan el menor riesgo”.

### **Diagnóstico precoz**

“Consiste en realizar una prueba para diagnosticar precozmente el tumor en personas que no tienen síntomas. Actualmente, no se conoce ninguna prueba, que empleada de forma sistemática en personas sin síntomas logre diagnosticar precozmente el cáncer gástrico y por consiguiente aumentar el porcentaje de curaciones”. (12)

### **Prevención terciaria.**

La prevención terciaria se realiza cuando ya se ha instalado la enfermedad, con la única finalidad no empeore y evitar complicaciones. Tratamiento debe ser por profesionales bien entrenados y siguiendo un protocolo establecido.

### **1.3 HIPOTESIS**

- Hi: El nivel de conocimiento se relaciona con la actitud sobre la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acudieron al servicio de gastroenterología del Hospital EsSalud de Ayacucho, 2021.
  
- Ho: El nivel de conocimiento no se relaciona con la actitud sobre la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acudieron al servicio de gastroenterología del Hospital EsSalud de Ayacucho, 2021.

### **1.4 VARIABLES DE ESTUDIO.**

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Conocimiento.
  
- **VARIABLE DEPENDIENTE:** Actitud



## 1.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN Y VALOR
<p>Conocimiento Sobre la prevención de cáncer</p> <p>(Variable Independiente)</p>	<p>Es un conjunto de Conceptos, ideas, juicios sobre la prevención del cáncer de estómago y prevención de los usuarios. Esta variable se medirá mediante test de conocimiento.</p>	<p>Esta variable se medirá mediante un test de conocimiento aplicado directamente al paciente. Los resultados se clasificarán en: Alto, medio y baja.</p>	Conocimiento sobre los aspectos conceptuales	<p>Interrogantes antes es de 1 a 10 preguntas.</p>	<p>Escala Ordinal. Valor: Alto: 16 -20 puntos Medio:11-15 puntos Bajo: 10 punto</p>
			Conocimiento sobre los factores de riesgo.		
			Conocimiento sobre las manifestaciones clínicas		
			Conocimiento sobre prevención.		
<p>Actitud frente a la prevención de cáncer de estómago</p> <p>(Variable Dependiente)</p>	<p>Es la predisposición aprendida de una persona, a valorar o comportarse de una manera favorable o desfavorable, frente a cáncer de estómago.</p>	<p>Esta variable será medido mediante un test actitudinal de escala Likert; concluyendo en los valores: Muy desfavorable, desfavorable, indiferente, favorable, muy favorable.</p>	Componente cognitivo	<p>Afirmaciones negativas/positivas</p>	<p>Valor: Muydesfavorable: 20 – 36 Desfavorable: 37-52 Indiferente: 53– 68 Favorable: 69 -84 Muy favorable: 85 -100</p>
			Componente afectivo		
			Componente conductual		

## **CAPÍTULO II**

### **DISEÑO METODOLÓGICO.**

#### **2.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio está enmarcando en el enfoque cuantitativo. Hernández (33) et al., (2010), sostienen que “El enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer con exactitud los resultados de los patrones de comportamiento en una población”.

#### **2.2. TIPO DE INVESTIGACION**

De acuerdo a su finalidad, el presente estudio pertenece a una investigación aplicada. Vargas, Z. (51) (2009), citado por Murillo, sostiene que “La investigación aplicada recibe el nombre de investigación práctica o empírica, se caracteriza por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y consecuencias prácticas que de ellas se deriven”.

#### **2.3. NIVEL DE INVESTIGACION**

El presente estudio es de nivel descriptivo correlacional. Burns et al (52) sostienen que “el estudio descriptivo correlacional tiene como propósito describir las variables y examinar las relaciones entre ellas. El estudio puede examinar las variables de una situación que ya se ha producido o se está produciendo. No se intenta controlar o manipular la variable”.

## **2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Según tiempo de ocurrencia de hechos, pertenece a un estudio retrospectivo o ex post facto. Canales et al (53) sostiene que “El estudio retrospectivo se investiga hechos ocurridos en el pasado o que viene ocurriendo desde el pasado”. De acuerdo al período y secuencia del estudio, pertenece a un estudio transversal. Canales et al., (1994), sostiene que “El estudio es transversal, cuando se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. En este caso, el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos”.

De acuerdo a la manipulación de variables, corresponde a un estudio no experimental. Hernández et al (33) (2010), sostienen que “En el estudio no experimental se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en lo que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos”.

## **2.5. ÁREA DE ESTUDIO.**

El presente estudio de investigación se realizó en el servicio de gastroenterología de EsSalud – Ayacucho, que está ubicado en Av. Venezuelas/n – Canaán Alto-San Juan Bautista.

## **2.6. POBLACION**

La población en estudio estuvo conformada por los usuarios que acudieron en al servicio de gastroenterología del mes de agosto - setiembre del 2021, que hacen aproximadamente 200 usuarios.

### **2.6.1. Criterios de inclusión**

- ✓ Usuarios que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.
- ✓ Usuarios mujeres y varones de 30 a 75 años.

### **2.6.2. Criterios de exclusión**

- ✓ Usuarios menores de 30 y mayores de 75 años.
- ✓ Usuarios que no desearon participar en el estudio.
- ✓ Usuarios con trastornos mentales.

## **2.7. MUESTRA.**

### **2.7.1. Unidad de Análisis**

Usuario del servicio de gastroenterología EsSalud de Ayacucho.

### **2.7.2. Tamaño de la muestra**

La muestra estuvo conformada por 40 usuarios que acuden al servicio de gastroenterología del mes de agosto – setiembre del 2021.

### **2.7.3. Tipo de muestreo**

Tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia.

## **2.8. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Variable	Técnica	Instrumento
Conocimiento	Encuesta	Test de conocimiento
Actitud	Encuesta	Escala tipo Likert

### **2.8.1. Técnica:**

Para la recolección de datos de la presente investigación se aplicó la técnica de encuesta para ambas variables; que permitió registrar la información sobre el nivel de conocimiento de cáncer gástrico y actitud de los usuarios del Hospital EsSalud AYACUCHO.

### **2.8.2. Instrumentos:**

Para identificar nivel de conocimiento y actitud sobre prevención de cáncer gástrico en usuarios, se empleó los siguientes instrumentos:

#### **A. Cuestionario de conocimientos sobre cáncer de estómago**

Este instrumento tiene como objetivo identificar el nivel de conocimientos que tienen los usuarios sobre la prevención de cáncer de estómago. Consta de las siguientes partes: presentación, datos generales, datos específicos y 10 preguntas con respuestas múltiples.

La valoración de los ítems se realizó de acuerdo a la respuesta que se considere correcta, asumiendo un puntaje de 2 para las respuestas correctas y 0 para las respuestas incorrectas.

La medición para los conocimientos sobre la prevención de cáncer de estómago se ejecutó de la siguiente forma:

Nivel de conocimiento	Evaluación en puntos
Bajo	00 a 10 puntos
Medio	11 a 15 puntos
Alto	16 a 20 puntos

#### **Validez y Confiabilidad del instrumento:**

##### ➤ **Validez de contenido.**

El instrumento test de conocimiento fue sometido a validez de contenido y constructo mediante coeficiente de correlación de Pearson, obteniendo como resultado  $r > 0.2$ , lo cual indica este instrumento es válido para la medición de la variable. Se evidencia en anexo C.

##### ➤ **Confiabilidad**

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba piloto a 20 usuarios y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Alpha de Cronbach, evidenciando una confiabilidad de 0.84. El coeficiente obtenido, denotó la consistencia interna entre los ítems que conforman el TEST. Se adjunta en el anexo D.

#### **B. ESCALA DE ACTITUDES SOBRE EL CÁNCER DE ESTÓMAGO**

Este instrumento tiene el objetivo de identificar las actitudes que tienen los usuarios sobre la prevención de cáncer de estómago. Consta de las siguientes partes: presentación y 20 enunciados.

Estos enunciados describieron con cinco alternativas: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni acuerdo ni desacuerdo, En acuerdo, Totalmente de acuerdo. Para la valoración de los ítems se clasificó como afirmaciones positivas y negativas según las respuestas que se obtuvieron de cada uno de los usuarios entrevistados en el presente estudio, asignándose un puntaje de 4 a 5 por cada actitud positiva y 1, 2 y 3 puntos por cada actitud negativa.

La medición para las actitudes hacia la prevención de cáncer de estómago se ejecutó de la siguiente forma:

Actitud	Valor calculado
Muy desfavorable	20 a 36 puntos
Desfavorable	37 a 52 puntos
Indiferente	53 a 68 puntos
Favorable	69 a 84 puntos
Muy favorable	85 a 100 puntos

**Validez y Confiabilidad del instrumento:** Instrumento validado por el autor.

AUTOR. Rensis LIKERT (1903-1981)<sup>57</sup> Público un informe en el que exponía como usar un tipo de instrumento para la medición de las actitudes.

## 2.9. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó las siguientes acciones:

- Se presentó una solicitud a EsSalud para que nos conceda el permiso para aplicar el instrumento de recolección de datos.
- Obtenido el permiso por EsSalud se procedió con aplicar el instrumento de recolección de datos previo consentimiento informado al usuario.

## 2.10. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron procesados mediante el uso del programa Microsoft Excel versión 2013 y el paquete estadístico SPSS versión 22.0, previa elaboración de la tabla de códigos y tabla de matriz, a fin de presentar los resultados en tablas para su análisis e interpretación.

## 2.11. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La presentación de los datos se realizó mediante la elaboración de tablas estadísticas de acuerdo a los objetivos propuestos. Para el análisis de datos se empleó las pruebas de  $r$  de pearson para establecer la relación entre dos variables en estudio.

**CAPITULO III**  
**RESULTADOS**

**TABLA N° 1**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DE ESSALUD AYACUCHO, 2021.**

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Bajo</b>	11	27.5%
<b>Medio</b>	13	32.5%
<b>Alto</b>	16	40.0%
<b>Total</b>	40	100.0%

*FUENTE: encuesta realizada a usuarios del servicio gastroenterología de EsSALUD Ayacucho,*

*2021*

En la tabla N° 01 se observa, que del 100% de los usuarios que acudieron al servicio de gastroenterología de EsSALUD, 40% tienen un nivel de conocimiento alto, 32.5% medio y 27.5% bajo.



**TABLA N° 2**

**ACTITUD SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO, EN USUARIOS QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DE ESSALUD DE AYACUCHO, 2021.**

<b>ACTITUD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Desfavorable</b>	2	5.0%
<b>Indiferente</b>	23	57.5%
<b>Favorable</b>	15	37.5%
<b>Total</b>	40	100.0%

*FUENTE: encuesta realizada a usuarios del servicio gastroenterología de EsSALUD Ayacucho,*

*2021*

En la tabla N° 02, se observa que del 100% de los usuarios que acudieron al servicio de gastroenterología de EsSALUD, 57.5% presentaron una actitud indiferente, 37.5% favorable y 5.0 % desfavorable.

**TABLA N° 3**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO, EN USUARIOS QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DE ESSALUD AYACUCHO, 2021.**

ACTITUD	CONOCIMIENTO							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Desfavorable</b>	2	5.0%	0	0.00%	0	0.00%	2	5.0%
<b>Indiferente</b>	6	15.0%	8	20.0%	9	22.5%	23	57.5%
<b>Favorable</b>	3	7.5%	5	12.5%	7	17.5%	15	37.5%
<b>Total</b>	11	27.5%	13	32.5%	16	40.0%	40	100%

*FUENTE: encuesta realizada a usuarios del servicio gastroenterología de EsSALUD Ayacucho, 2021*

Prueba	Valor	P
R-Pearson	.238	.139

En tabla N° 3 se observa, relación de nivel de conocimiento y actitud sobre prevención de cáncer, apreciándose que los usuarios del servicio de gastroenterología encuestados con alto nivel de conocimiento (40%) demuestran una actitud indiferente 22.5% frente a la prevención de cáncer de estómago y 17.5% actitud favorable; del mismo modo los usuarios con nivel de conocimiento medio (32.5%) demuestran una actitud indiferente 20% y favorable 12.5%, y finalmente los usuarios con nivel de conocimiento bajo (27.5%) demuestran una actitud indiferente 15%, favorable 7.5% y desfavorable 5% frente a la prevención de cáncer del estómago .

Mediante la prueba estadística de r de Pearson se aprecia que no existe relación significativa entre nivel de conocimiento y actitud frente a la prevención de cáncer (Pv >0.05) en los usuarios del servicio de gastroenterología del Hospital EsSalud Ayacucho 2021.

## CAPITULO IV

### DISCUSIÓN

Respecto a los conocimientos sobre la prevención del cáncer de estómago y a las actitudes que toman los usuarios del servicio de gastroenterología de EsSalud **(tabla N°1)**, se evidencia que el 40% de los usuarios que acudieron al servicio de gastroenterología tienen un nivel de conocimiento alto, 32.5% medio y 27.5% bajo. Este resultado es concordante con LOPEZ<sup>17</sup>, quien en su tesis “Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer gástrico en pobladores del distrito de la Victoria durante el período julio-octubre del 2016”, logra como resultado que 53,87% de personas conocían la mayoría de medidas preventivas de cáncer gástrico basándose en factores de riesgo desencadenantes; sin embargo, difiere con los investigadores:

Luquillas (14) en investigación “Conocimiento y actitudes sobre prevención de cáncer de estómago en estudiantes de 4to y 5to. Año de educación secundaria de la institución educativa César Vallejo, Huánuco – 2017”, logra como resultado que el 53.8% de estudiantes de 4to y 5to de secundaria tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre prevención del cáncer gástrico.

Cueto (16) en investigación “Relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes acerca de la alimentación para la prevención del cáncer. Centro de salud Alto Selva Alegre, Arequipa, 2016”, logra como resultado que 60.35% de

pacientes tiene un nivel de conocimiento bajo sobre alimentación para prevenir el cáncer

Cutipa (20) en investigación “Conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago de los usuarios del CS primavera en Lima, Perú, 2011”, obtiene como resultado que 53.8% de los usuarios tienen un nivel de conocimientos deficientes sobre la prevención de cáncer gástrico.

Bendezu (21) en investigación “Conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017, logra que 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”.

De acuerdo al análisis de los resultados de esta investigación y de las investigaciones citadas, se infiere que la gran mayoría de las poblaciones de sierra, selva y costa, tienen conocimiento deficiente sobre prevención de cáncer; esto significa, que el sector Salud, los gobiernos regionales y locales no vienen impulsando el incumplimiento de los objetivos del “D.S. N° 009-2012-SA, el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y el mejoramiento de acceso a los servicios oncológicos, denominado Plan Esperanza, de disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer a través del mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos, incluyendo los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico definitivo, tratamiento y cuidados paliativos; ni del segundo Plan Nacional de cáncer , denomina Plan Nacional de Cuidado Integral de Cáncer 2020 a 2024, aprobado con R.M. N° 1003-2020/MINSA, que tiene como objetivo de brindar el acceso a los ciudadanos a la atención integral de cáncer al menos a 40 mil personas al año (financiados por SIS) para disminuir la mortalidad y morbilidad de cáncer en Perú, a través de acciones estratégicas de promoción de la salud que tiene como una de sus actividades (realizar acciones de educación para la salud dirigidas a la población para la promoción de estilos de

vida saludable)”. Si, en esta investigación se obtiene que la mayoría simple de 40% de usuarios de EsSalud tiene nivel de conocimiento alto sobre prevención de cáncer gástrico, lo cual probablemente que dichos asegurados son profesionales que laboran en diferentes instituciones; sin embargo, la mayoría tienen nivel de conocimiento medio 32.5% y bajo 27.5%.

Con respecto a la actitud de los usuarios de Hospital EsSalud de Ayacucho en la prevención de cáncer gástrico (**tabla N°2**), se evidencia que el 57.5% de los usuarios que acudieron al servicio de gastroenterología, presentan una actitud indiferente frente a la prevención del cáncer de estómago. Resultado concordante con los resultados arribados por Luquillas (14) quien en su investigación sobre actitudes de prevención de cáncer gástrico (51,2%) muestra actitudes negativas y una menoría 48,8% positivas; sin embargo, es discordante con los investigadores:

Cueto (16) en su investigación concluye actitud positiva 83.51% sobre la prevención de cáncer estómago,

Del mismo modo Bendezu (21) concluye que el 52,3% presentan una actitud favorable, el 35,8% indiferente y 11,9% muy favorable en cuanto a la prevención del cáncer del estómago.

De acuerdo al análisis comparativo de los resultados arribados en esta investigación y los resultados reportados por los investigadores citados, se infiere que los usuarios del servicio gastroenterología de EsSalud – Ayacucho en su mayoría muestran actitud indiferente a comparación de usuarios de otros Hospitales del País. Esta actitud de indiferencia en Ayacucho y otras regiones

del País, es probablemente responsable de alta incidencia de cáncer gástrico conforme indica INEN (10) y MINSA (11) “que el cáncer gástrico es una de las entidades más agresivas y frecuentes; constituye la neoplasia que representa la primera causa de mortalidad (19,5%) y la segunda causa de morbilidad (11,1%) a nivel nacional; siendo Huánuco, Apurímac, Ayacucho y Huancavelica los departamentos que presentaron mayor incidencia de cáncer gástrico”.

Con respecto a la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago, en usuarios que acuden al servicio de gastroenterología de EsSalud de Ayacucho (**tabla 3**), evidencian que los usuarios del servicio de gastroenterología con alto nivel de conocimiento (40%), el 22.5% tienen actitud indiferente a la prevención de cáncer y 17.5% favorable. Resultados sometido a la prueba estadística de correlación de Pearson nos demuestra que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables ( $X = 0.238$ ,  $p > 0.05$ ), por tanto se rechaza la  $H_1$  y se acepta la hipótesis  $H_0$ ; el mismo que indica que no existe relación significativa entre el conocimiento y actitud sobre la prevención de cáncer del estómago en los usuarios del servicio de gastroenterología de EsSalud – Ayacucho. Al respecto, de manera similar la Asociación Española Contra el Cáncer y el Instituto de Salud Carlos III, 2012<sup>5</sup>, concluye que de las 2,692 personas que recibieron información sobre cáncer en los últimos 06 meses en aspectos generales y específica sobre algún tipo de cáncer o sobre su prevención, el 38,8% de los encuestados; es decir, tres de cada diez, especialmente entre las personas más jóvenes y en las edades más avanzadas, así como entre quienes se encuentran en situaciones desfavorables en cuanto a nivel socioeconómico y salud tuvieron una actitud negativa frente a la prevención del cáncer.

Sin embargo, los resultados del presente estudio defieren con los hallazgos de los diferentes investigadores, como:

Luquillas (14) al comparar la relación entre las variables conocimiento y actitudes, identifica que el conocimiento sobre la prevención del cáncer gástrico se relaciona significativamente con las actitudes de los estudiantes en estudio [ $\chi^2=14,310$ ;  $p=0,000$ ].

Villanueva (18) reporta “que existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, el cual se determinó mediante la prueba de Chi cuadrado en donde se encontró un valor calculado de ( $\chi^2 = 2,70$ ;  $P<0,047$ ) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que existe relación entre los conocimientos y las actitudes frente a la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco 2015”.

Bendezú (21) determina “que 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  $p<0,05$ )”.

De acuerdo al análisis de comparación de este resultado con los resultados de los autores citados, se infiere que los pacientes usuarios del servicio de gastroenterología de EsSalud de Ayacucho aún no han tomado conciencia sobre la gravedad de esta enfermedad a comparación de los usuarios de otras regiones del País. Esta realidad concreta probablemente es una de las causas de alta incidencia de morbilidad y mortalidad por cáncer gástrico en la región de Ayacucho como se deduce en cuadro N° 2 de esta investigación.

## CONCLUSIÓN

1. Los usuarios que acudieron al servicio de gastroenterología del Hospital EsSalud – Ayacucho, la mayoría simple (40%) tienen alto nivel de conocimiento respecto a la prevención de cáncer de estómago, mientras la gran mayoría tienen un nivel mediano (32.5%) y deficiente (27.5%)
2. Los usuarios que acudieron al servicio de gastroenterología de Hospital EsSalud - Ayacucho tienen una actitud indiferente (57.5%) respecto a la prevención de cáncer de estómago.
3. No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre la prevención del cáncer de estómago en los usuarios que acudieron al servicio de gastroenterología Hospital EsSalud de Ayacucho- 2021, conforme demuestra la prueba estadística de correlación de Pearson (.238 y un nivel de significancia  $p > 0.05$ ).

Si  $X_c = 0.238 < X_t$ ,  $P_v > 0.05$ , entonces se rechazará  $H_i$ , y se acepta la  $H_0$ , No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre la prevención del cáncer de estómago en los usuarios que acuden al servicio de gastroenterología Hospital EsSalud de Ayacucho, para un nivel de significancia del  $\alpha = 0.05$  ó para 95% de nivel de confianza.



## RECOMENDACIONES

1. Al Hospital EsSalud – Ayacucho, prestar atención el Segundo Plan Nacional de cáncer , denomina Plan Nacional de Cuidado Integral de Cáncer 2020 a 2024 aprobado mediante (R.M. N° 1003-2020/MINSA), en cuanto se refiere a la acciones estratégicas de promoción de la salud (realizar acciones de educación para la salud dirigidas a la población para la promoción de estilos de vida saludable); prevención primaria, prevención secundaria, implementar campaña de tamizaje “masivo” y otras acciones ..., a fin de disminuir la incidencia de morbilidad y mortalidad por cáncer.
2. A la UNSCH, que, mediante la oficina de Responsabilidad Social interactuaren la promoción y prevención de cáncer en beneficio de la comunidad interney externa.
3. Al Departamento Académico de Enfermería, que mediante extensión universitaria de sus docentes generar planes de promoción y prevención decáncer en beneficio de la comunidad intra y extrainstitucional.
4. A los estudiantes de enfermería realizar investigación clínica y de salud pública, para mejorar la toma de decisiones en el cuidado integral de cáncer, garantizando así la correcta aplicación del derecho a la salud de lapoblación.

## BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) y la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC). Cáncer y Día mundial contra el cáncer [Internet]. 2020 [citado el 03 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.diainternacionalde.com/ficha/dia-mundial-cancer>
2. GLOBOCAN. Estimación de la incidencia, mortalidad y prevalencia del cáncer a nivel mundial en 2012. [Internet]. Lyon, Francia: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer. [citado el 16 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/home>
3. GLOBOCAN: Estadísticas mundiales sobre incidencia, mortalidad y prevalencia del cáncer a nivel mundial en 2020. [Internet]. Lyon, Francia: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer. [citado el 01 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/home>
4. Organización Mundial de la Salud y de la Unión Internacional Contra el Cáncer, 2005. [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/media/AccionMundialCancerfull.pdf>
5. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. Datos estadísticos. Cáncer. [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2021]. Disponible en: [www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadística/datosestadisticos/17042017-casos-nuevos-de-cancer-%20enINEN](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadística/datosestadisticos/17042017-casos-nuevos-de-cancer-%20enINEN).
6. MINSA PERÚ. Plan Esperanza. 2015 [Internet]. [citado el 03 de diciembre De 2021 ]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/esperanza/?pg=2>
7. Torres Román, j, Grados Sánchez, O. Cáncer gástrico en el Perú: una realidad susceptible de cambio. Rev. gastroenterol. Perú vol.35 N° 3 Lima jul. 2015. [revista\\_gastro@terra.com.pe](mailto:revista_gastro@terra.com.pe)
8. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ, Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018. [Internet]. [citado el 03 de diciembre De 2021 ]. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis\\_2020.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020.pdf)

9. BENDEZU LOPEZ. S y PAMPA CHILLCCE, k. Relación entre los conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.
10. Globocan. El cáncer en Perú, 2020. [Internet]. [citado el 03 de diciembre De2021]. Disponible en:<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>
11. Luis Revilla T. sobre situación de cáncer en Perú- 2021. [Internet]. [citado el 03 de diciembre De 2021]. Disponible en:<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03.pdf>.
12. MINISTERIO DE SALUD. Plan Nacional de Cuidado Integral de Cáncer 2020 a 2024. RM.Nº1003-2020/MINSA. [Internet]. [citado el 03 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5341.pdf>
13. DOVAL J, MARIÑO L, VIRGUEZ C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los factores de riesgo del cáncer en estudiantes de bachillerato del Colegio IED El Salitre - Suba Sede A en la ciudad de Bogotá. [Trabajo de Grado] Colombia: Universidad Santo Tomas; 2015.
14. LUQUILLAS JS. Conocimiento y actitudes sobre prevención de cáncer de estómago en estudiantes de 4to y 5to. Año de educación secundaria de la institución educativa César Vallejo, Huánuco – 2017.[Tesis de licenciatura]. Huánuco: Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco;2017
15. Berrospi Zavala, M., Lloclla Delgado, S. Correa López, L. Factores asociados a conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes en un hospital de Lima-2017. .[Tesis de grado Médico Cirujano] Universidad del Zulia, Maracaibo-Estado Zulia, Venezuela. Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú. 2017

16. CUETO M. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes acerca de la alimentación para la prevención del cáncer. Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa 2016 .[Tesis de grado Licenciada en Enfermería]. Arequipa: Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María; 2016
17. LOPEZ TORRES, J. “Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer gástrico en pobladores del distrito de la Victoria durante el período julio-octubre del 2016”. [Tesis de Tesis grado médico Cirujano]. Facultad de e Medicina Humana de la Universidad San Martin de Porres..
18. Villanueva Rivera, M. E. Conocimientos y Actitudes sobre prevención del Cáncer de estómago en estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2016. [Tesis de Licenciada en Enfermería]. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de la Universidad de Huanuco, 2016.
19. BARRERA M. Nivel de cultura sobre prevención y diagnóstico precoz del cáncer en la población que asiste a un centro de salud, [Lima – Perú]: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2015 . [Tesis de Licenciada en Enfermería]. Faculta de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015
20. CUTIPA K. Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en usuarios del C.S. Primavera en el distrito El Agustino, 2010. [Tesis para optar por el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Lima: Faculta de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
21. BENDEZU LOPEZ. S y PAMPA CHILLCCE, k. Relación entre los conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios qua acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017. [Tesis para optar por el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Ayacucho: Faculta de Ciencias de la Salud, UNSCH,2017.
22. SAGUINETI J. El conocimiento Humano S.A MP, editor. España: Burgos M; 2005.
23. RODAS J. Ciencias y la Evolucion del Hombre. septima edicion ed. Trillas , editor. Mexico: Edit. Trillas; 1997.
24. BUNGE M. Epistemología Barcelona, España: Ariel; 1990.

25. BUNGE M. La ciencia, su método y su filosofía. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte; 1997.
26. ROSENTAL M, LUDIN P. Diccionario Filosófico. Montevideo: Ediciones Pueblos Unidos; 1965.
27. ANDREU R, SIEBER S. La Gestión Integral del Conocimiento y del Aprendizaje [Internet]. 2000 [citado el 17 de abril de 2019]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/3005443/gestionintegraldelconocimiento-y-del-aprendizaje>.
28. HURTAS B, ANIMACA B. Tecnología Educativa. 2005.
29. MINISTERIO DE EDUCACION. Evaluacion de los Aprendizajes 2002. Un cumplimiento de competencias. Lima - Peru. pag. 28.
30. MEJÍA E, BRAVO J. Metodología de la Investigación Científica [en línea]. 2005. [citado el 25 de diciembre De 2020 ]. Disponible en Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/56942915/Libro-Metodologia-de-La-Investigacion-2005>.
31. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Definición de la actitud. [en línea]. 2021. [citado el 03 de diciembre 2021]. Disponible en: <https://definicion.de/actitud/>
32. Sánchez S, Meza M. Construcción de escalas para la evaluación de actitudes. En: Actitudes hacia la tolerancia y la cooperación [Internet]. [citado el 1 de diciembre de 2021]. p. 35. Disponible en: <http://www.ugr.es/~eirene/eirene/eirene9cap1.pdf>
33. HERNÁNDEZ R, FERNÁNDEZ C, BAPTISTA P. Metodología de la investigación. 3º Edición. México: Mc Graw Hill; 2010. 656 p.
34. OMS: Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. 2015 [citado el 3 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
35. NIH: Instituto Nacional del Cáncer. Qué es el cáncer [Internet], [citado el 1 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

36. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. El cáncer como problema de salud pública en el Perú 2013. Rev Perú Med exp y Salud PÚBLICA. Versión impresa ISSN: 1726
37. VALLEJO SOLOGUEREN, C. AGUILAR CARTAGENA, A, FLORES FÑORES, C. Situación de cáncer en el Perú 2020. Diagnóstico Vol. 59(2) Abril – Julio 2020.
38. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. Guía de Práctica Clínica de Cáncer Gástrico, [Internet] Perú 2013 [citado 03 diciembre 2021]. Disponible en:  
[http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas\\_tecnicas/2013](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013)
39. Organización Mundial de Salud (OMS) factores de riesgo [Internet]. Perú 2018 [citado 21 julio 2019]. Disponible en:  
[http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/).
40. Olano Oblitas. D. Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer gástrico en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca -2018. [Tesis para optar por el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. **Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Cajamarca**, 2017
41. Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer. Guías para la promoción de la salud orientada a la prevención y control del cáncer [Internet]. Lima; 2007 [citado el 2 de julio de 2021]. Disponible en:  
<http://www.irennorte.gob.pe/pdf/doctec/d0001.pdf>
42. Hernández R, López L. Dieta y cáncer gástrico en México y en el mundo. Rev. Salud Pública México. Octubre de 2014; 56(5):555–60.
43. Ortego J. y Cebrián C.; Precursores del Cáncer Gástrico, Factores de Riesgo, Condiciones y Lesiones Premalignas de la Mucosa Gástrica [Internet]. Perú 2018 [citado 21 julio 2021]. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es>
44. American cancer society; Factores de riesgo del cáncer de estómago gástrico [Internet]. Perú 2018 [citado 03 diciembre de 2021]. Disponible en:  
<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>.

45. Guías diagnósticas. Cáncer de estómago [Internet]. Vol. Versión 12013. México; [citado el 03 de diciembre de 2021]. Disponible en: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/onco/guias/cancer\\_Estomago.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/onco/guias/cancer_Estomago.pdf)
46. INEN: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de práctica clínica del cáncer de estómago [Internet]. Lima – Perú; 2013 [citado el 03 de diciembre de 2021]. 24 p. Disponible en: <http://igss.gob.pe/portal/files/redes-integradas/0024/Guia-de-Practica-Clinica-del-Cancer-de-Estomago-RM-650-2013.pdf>
47. Espejo H, Navarrete J. Clasificación de los Adenocarcinomas de estómago. Rev Gastroenterol Perú. 2003; 23(3):199–212.
48. Sierra R. Sistema de información Científica Redalyc Red de Revista Científica de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Internet). Costa Rica 2002 (citado 21 junio 2018). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43444203>.
49. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna. Abril de 2011; 33(1):7–11.
50. Terris M. Conceptos sobre Promoción de la Salud. Dualidades en la Teoría de la Salud Pública. [Internet]. [citado el 16 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://200.11.218.113/normativa/documentos/1Dise%C3%B1o/7PLANIFICACION%20DOCENTE%20DEL%20CURSO%202013/6SEXTO%20%C3>
51. HERNÁNDEZ R, FERNÁNDEZ C, BAPTISTA P. Metodología de la investigación. 5ª Edición. México: Mc Graw Hill; 2010. 656 p.
52. Vargas Z. La investigación aplicada: Una forma de conocer las realidades con evidencia científica. 2009; 33(1):155–65.
53. Burns N, Grove S. Investigación en enfermería. España; 2004.

54. Canales F, Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. 2° Edición. Washington. EUA; 1994. 232 p
55. **Likert, R. Una técnica para la medición de la actitud. 1932. Archives of Psychology, 140, 5-55. [Enlaces]**
56. MINISTERIO De salud. Programa presupuestal 0024: prevención y control de cáncer, [Internet]. Perú 2021 [citado el 26 noviembre 2021].[https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2\\_6.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_6.pdf)



# **ANEXO**

## ANEXO A

### CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE CÁNCER DE ESTÓMAGO

#### PRESENTACIÓN:

Estimado usuario del Hospital EsSalud de Ayacucho, somos egresadas de la Escuela de Enfermería - Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, estamos realizando el estudio titulado “Conocimientos y Actitudes frente a la prevención de Cáncer de Estómago en usuarios que acuden al servicio de Gastroenterología de EsSalud de ayacucho, 2021”. La presente entrevista estructurada tiene como propósito, determinar conocimientos y actitudes frente a la prevención de cáncer de estómago. El instrumento de recolección es completamente anónimo y los datos serán usados estrictamente solo para el estudio científico. Si tiene alguna pregunta, pregunte al encuestador, quién le brindará la información necesaria. Sírvase marcar con un aspa (X) dentro de los paréntesis las respuestas que usted considere correcta.

#### I. Cordialmente agradezco su participación. **DATOS GENERALES**

Edad .....años

**Grado de instrucción.**

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Técnico
- d. Universitario

**Procedencia:**

- a. Radica en la Ciudad de Ayacucho
- b. Procede de uno de los distritos y/o provincias de la  
Región
- c. Procede de otra región

**II. DATOS ESPECÍFICOS**

1. ¿Con cuál de las siguientes alternativas es posible amenorar el  
cáncer de estómago?

- a) Vacunas ( )
- b) Antibióticos ( )
- c) Pampapu ( )
- d) Consumo de Frutas y verduras ( )

2. ¿Cuál de los siguientes hábitos de consumo nocivos aumenta el  
riesgo de padecer cáncer de estómago?

- a) Consumir alcohol ( )
- b) Hábito de fumar ( )
- c) Consumo de frutas y verduras ( )
- d) Consumo de drogas. ( )

3. ¿cuál de las siguientes enfermedades elevan el riesgo de padecer  
cáncer de estómago?

- a) Anemia perniciosa ( )
- b) Artritis ( )



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

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

Si ( )

no ( )

9. ¿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 ( )

industria de ropa de algodón, lino y algodón

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

Si ( )

no ( )

Valor	Puntos
Alto	16 – 20
Medio	11 - 14
Bajo	0 – 10

AUTOR.

Luz Zinthia Quispe Espinoza

Magaly Poma Huayta

## ANEXO B

### CUESTIONARIO TIPO LIKERT SOBRE CÁNCER DE ESTÓMAGO

#### UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

#### FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

#### ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

### ESCALA DE ACTITUDES SOBRE EL CÁNCER DE ESTÓMAGO

Estimado usuario (a): a continuación, encontrará una serie de preguntas de actitudes sobre prevención de cáncer de estómago. Lea cuidadosamente el contenido y sírvase marcar con un aspa (x) en el cuadro que corresponde la respuesta que usted considere correcta, según la leyenda que se indica a continuación:

#### LEYENDA:

- ✓ Totalmente en desacuerdo =TD
- ✓ En desacuerdo = ED
- ✓ Indiferente (ni acuerdo ni desacuerdo) = NAD
- ✓ En Acuerdo =EA
- ✓ Totalmente de Acuerdo = TA

N°	Actitudes	TD	ED	NAD	EA	TA
1	El cáncer es peligroso para la salud					
2	Muy pocas veces me preocupo cuando tengo ardor o quemazón en el estómago.					
3	Me auto medico cuando me fastidia el estómago.					
4	Solo voy al médico cuando el dolor de estómago no pasa, cede.					

5	Acostumbro tratar el malestar estomacal con hierbas medicinales.					
6	Cuando presento dolor de estómago acudo Inmediatamente al establecimiento de salud.					
7	Consumo comidas saladas.					
8	Prefiero comidas con poca grasa.					
9	Prefiero los alimentos enlatados que las frescas.					
10	Acostumbro a consumir alcohol con frecuencia.					
11	Acostumbro fumar en ocasiones.					
12	A menudo siento que me duele y arde el					
13	Acostumbro lavar las manos y alimentos antes					
14	Estoy dispuesto a acudir al Médico si					
15	Estoy interesado en recibir información sobre					
16	Mi alimentación es a base de frutas y verduras.					
17	Considero que los alimentos enlatados son Perjudiciales.					
18	No acudo al control médico por falta de tiempo.					
19	Tengo miedo a la endoscopia porque es doloroso.					
20	Recomendaría realizar el examen de endoscopiabiopsia como prevención.					

<b>Afirmaciones positivas</b> <b>1,5,6,8,13,14,15,16,17,20</b>	1	2	3	4	5
	TD	ED	NAD	EA	TA
<b>Afirmaciones negativa</b> <b>2,3,4,7,9,10,11,12,18,19</b>	5	4	3	2	1

<b>Valor</b>	<b>Puntaje</b>
Muy desfavorable	20 - 36
Desfavorable	37 - 52
Indiferente	53 - 68
Favorable	69 - 84
Muy favorable	85 - 100

AUTOR. Rensis LIKERT<sup>54</sup> (1903-1981) Público un informe en el que exponía como usar un tipo de instrumento para la medición de las actitudes.



## ANEXO C

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO ALPHA DE CRONBACH

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la de 20 usuarios y se midió con el coeficiente de confiabilidad alpha de cronbach, cuya fórmula es.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[ 1 - \frac{\sum s^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

K: Número de ítems

$s^2$  Varianza muestral de cada ítems

$S_t^2$  Varianza del total de puntaje de los ítems

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

El coeficiente obtenido, denota la consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, con un resultado de 0.84.

## ANEXO D

### VALIDEZ DE CONTENIDO

#### COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON

$$r = \frac{N \sum XY - \sum X \cdot \sum Y}{\sqrt{N \sum X^2 - (\sum X)^2} \cdot \sqrt{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2}}$$

Dónde:

X: Puntajes obtenidos para cada pregunta en los N individuos.

Y: Puntaje total del individuo.

item1	0,20
item2	0,29
item3	0,44
item4	0,11
item5	0,36
item6	0,20
item7	0,24
item8	0,22
item9	0,50
item10	0,47

Para que exista validez  $r > 0.2$ . Por lo tanto, el presente instrumento es válido para la medición de la variable.

## ANEXO D

### VALIDEZ DE CONTENIDO

#### COEFICIENTE DE CORRELACION DE PEARSON

$$r = \frac{N \sum xy - \sum x \cdot \sum y}{\sqrt{N \sum x^2 - (\sum x)^2} \cdot \sqrt{N \sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

Donde:

x: Puntajes obtenidos para cada pregunta en los N individuos.

y: Puntaje total del individuo.

item1	0,20	item11	0,31
item2	0,29	item12	0,20
item3	0,44	item13	0,59
item4	0,11	item14	0,43
item5	0,36	item15	0,22
item6	0,20	item16	0,21
item7	0,24	item17	0,34
item8	0,22	item18	0,31
item9	0,50	item19	0,14
item10	0,47	item20	0,42

Para que exista validez  $r > 0.2$ . Por lo tanto este instrumento es válido para la medición de la variable. En cuanto a los 2 ítems con  $r < 0.2$  se los considerara de todas manera por ser indicadores de suma importancia dentro de sus dimensión.

## CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD SIN DEPOSITO DE TRABAJO DE TESIS

Recibido la solicitud vía correo institucional, los que suscriben docentes instructores responsables de verificar y controlar la originalidad de los trabajos de tesis en primera instancia de la Escuela profesional de Enfermería, deja constancia que el trabajo de tesis titulado:

**“CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DE ESSALUD DE AYACUCHO, 2021”**

Autor(es):

BACH. Luz Zinthia Quispe Espinoza

BACH. Magaly Poma Huayta

Asesor(a): Mg. Hugo Ayala Prado

Presidente Jurado Evaluador: Prof. María Consuelo Quispe Loayza

Ha sido **verificado y sometido** al análisis SIN DEPOSITO mediante el sistema **TURNITIN** concluyendo que presenta un porcentaje de **17% de similitud**.

Por lo que, de acuerdo con el porcentaje establecido en el Artículo 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga **es procedente** conceder la Constancia de Originalidad con Deposito.

Ayacucho, 04 de enero de 2021.



Firmado digitalmente por  
DR. EDWARD  
EUSEBIO  
BARBOZA  
PALOMINO  
Fecha: 2022.01.04  
16:27:56 -05'00'

Firmado digitalmente por  
MORALES  
SILVESTRE  
ARTURO  
Fecha:  
2022.01.05  
21:16:45 -05'00'



**UNSCH**

FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA

## **CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE TESIS CON DEPOSITO**

LA QUE SUSCRIBE, DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA; (segunda instancia de verificación de la originalidad de los trabajos de investigación y de tesis (borrador final antes de la sustentación), en el marco del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, aprobado por Resolución N.º 039-2021-UNSCH-CU),

### **DEJA CONSTANCIA:**

que:

QUISPE ESPINOZA, Luz Zinthia  
POMA HUAYTA, Magaly

con el informe de tesis titulado: "CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DE EsSALUD DE AYACUCHO, 2021"., ha sido verificado y sometido al sistema de análisis **TURNITIN CON DEPOSITO** mediante el cual se concluye que presenta un porcentaje de **17% de similitud**.

Por lo que, se concede la Constancia de Originalidad con Deposito.

Ayacucho, 10 de enero de 2022.

  
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL ENFERMERIA  
Dra. Marizabel Llamocca Machuca  
DIRECTORA

Firmado digitalmente  
por LLAMOCCA  
MACHUCA MARIZABEL  
Fecha: 2022.01.10  
11:18:32 -05'00'

# “CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DE EsSALUD DE AYACUCHO, 2021”

*por Luz Zinthia Quispe Espinoza*

---

**Fecha de entrega:** 10-ene-2022 11:01a.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 1739638436

**Nombre del archivo:** TESIS\_FINAL\_POMA\_-\_QUISPE.docx (285.36K)

**Total de palabras:** 16112

**Total de caracteres:** 88459

# "CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DE ESALUD DE AYACUCHO, 2021"

## INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://repositorio.unsch.edu.pe">repositorio.unsch.edu.pe</a> Fuente de Internet	13%
2	<a href="https://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	1%
4	<a href="https://repositorio.uoosevelt.edu.pe">repositorio.uoosevelt.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
5	<a href="https://acp.org.pe">acp.org.pe</a> Fuente de Internet	<1%
6	<a href="https://cybertesis.unmsm.edu.pe">cybertesis.unmsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
7	<a href="https://www.iccp-portal.org">www.iccp-portal.org</a> Fuente de Internet	<1%
8	<a href="https://creativecommons.org">creativecommons.org</a> Fuente de Internet	<1%

9

cgcom.es

Fuente de Internet

<1 %

10

repositorio.uladech.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

11

repositorio.urp.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

12

repositorio.upt.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo