

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A LA PREVENCIÓN
DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS QUE ACUDEN
AL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2017

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Presentado por:

Bach. BENDEZU LOPEZ, Stysse Lady

Bach. PAMPA CHILLCCE, Katia María

AYACUCHO – PERÚ

2017

Este trabajo de investigación dedicamos a Dios y a nuestra familia que gracias a su comprensión y apoyo incondicional pudimos llegar a culminar la tesis con gran éxito.

AGRADECIMIENTO

A Dios y a nuestra familia por guiar nuestro camino y no dejar que nos demos por vencido ante las adversidades.

A nuestra *Alma Mater*, la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, forjadora de nuestra formación y realización personal y darnos la oportunidad de emprender nuestra carrera profesional.

A la Escuela Profesional de Enfermería y la plana docente, por la dedicación, entrega de conocimientos y experiencias, forjando enfermeras con cualidades éticas y humanistas durante la formación profesional.

A nuestro asesor, Dr. Manglio Aguirre Andrade por su colaboración y apoyo durante la elaboración del presente trabajo de investigación.

Al Hospital Regional de Ayacucho y en especial al servicio de consultorio externo de Medicina por haber permitido ejecutar el presente trabajo de investigación. Y a los usuarios quienes participaron voluntariamente en la presente investigación.

A los miembros del jurado: Celia Berenice Maúrtua Galván, Julia Palomino Mayhua y Mercedes Gallardo Gutiérrez.

A todas las personas que de una u otra manera contribuyeron a mejorar y enriquecer el contenido del presente estudio.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	v
INTRODUCCIÓN	7
REVISIÓN DE LA LITERATURA	14
1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	14
1.2. BASE TEÓRICA	17
1.3. HIPÓTESIS	41
1.4. VARIABLES DE ESTUDIO	41
1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	42
MATERIALES Y MÉTODOS	43
RESULTADOS	51
DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	80

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A LA PREVENCIÓN DEL
CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS QUE ACUDEN AL
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2017**

AUTORES:

Bach. STYSSE LADY BENDEZU LOPEZ

Bach. KATIA MARIA PAMPA CHILLCCE

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre los conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017. **Materiales y métodos:** La presente investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, no experimental, de diseño descriptivo correlacional, prospectivo, y de corte transversal; el área de estudio es el consultorio externo de medicina del Hospital Regional de Ayacucho, la población estuvo constituida por usuarios que acudieron al consultorio externo de medicina, cuya muestra estuvo conformada por 109. La técnica utilizada fue 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, asimismo es independiente a la procedencia, edad y grado de instrucción ($p>0.05$). Respecto a la actitud el 52,3% presentan una actitud favorable, el 35,8% indiferente y 11,9% muy favorable. **Conclusión:** El conocimiento de los usuarios, guarda moderada relación con la actitud hacia a la prevención del cáncer de estómago en los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho (Tau-c de Kendall 0,203 y nivel de significancia $p<0,05$).

Palabras claves: conocimientos, actitudes, prevención, cáncer de estómago.

**KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARDS THE PREVENTION OF
STOMACH CANCER IN USERS ATTENDING THE REGIONAL
HOSPITAL OF AYACUCHO, 2017**

AUTHORS:

**Bach. STYSSE LADY BENDEZU LOPEZ y Bach. KATIA MARIA PAMPA
CHILLCCE**

ABSTRACT

Objective: Determinate the relationship between knowledge and attitudes towards the prevention of stomach cancer in users attending the Regional Hospital of Ayacucho, 2017. **Materials and methods:** This research is a quantitative approach, applied, non-experimental, descriptive correlational, prospective, and cross-sectional design; the area of study is the external medicine clinic of the regional hospital of Ayacucho, the population was constituted by users who went to the external medicine clinic, whose sample was made up of 109. The technique used was a structured interview and the instruments: Test of knowledge and Likert scale. **Results:** Of all 100% of users, 61.5% have a medium level of knowledge regarding the prevention of stomach cancer, 22.9% high and 15.6% low, as well as regardless of origin, age and grade of instruction ($p > 0.05$). Regarding attitude, 52.3% presented a favorable attitude, 35.8% indifferent and 11.9% very favorable. **Conclusion:** The knowledge of the users, keeps moderate relation with the attitude towards the prevention of the stomach cancer in the users that go to the regional hospital of Ayacucho (Tau-c de Kendall 0,203 and level of significance $p < 0,05$).

Keywords: knowledge, attitudes, prevention, stomach cancer.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) a nivel mundial, señala que: *“El término cáncer designa un amplio grupo 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”*.¹ El cáncer de estómago, conocido también como cáncer gástrico es un cáncer que se origina en el estómago.² El 95% del total de cáncer de estómago son adenocarcinomas.³ Es una enfermedad de origen multifactorial con ciertas variables inmodificables como la carga genética y con muchas otras modificables a través de nuestros estilos de vida,⁴ pero la causa más importante se debe a la infección por el *Helicobacter pylori* (H.pylori) determinado por la OMS.⁵

De acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS, 2012)⁶, el cáncer de estómago ocupa el quinto lugar en incidencia, después del cáncer de pulmón, mama, colon y recto, próstata y se estima que más del 70% de los casos se producen en países en desarrollo y la mitad de los casos en Asia Oriental. Es la tercera causa en mortalidad en ambos sexos, y se estima que las tasas más altas se encuentran en Asia oriental y los más bajos se encuentran en América del Norte.

Según el Observatorio del Cáncer AECC (Asociación Española Contra el Cáncer) y el Instituto de Salud Carlos III (2012)⁷, en España: de las 2,692 personas que han recibido información sobre cáncer en los últimos 06 meses en aspectos generales seguidas de información específica sobre algún tipo de cáncer o sobre su prevención y que representan un 38,8% de los encuestados; tres de cada diez tienen una actitud negativa. Las personas jóvenes o de mediana edad, así como quienes tenían un mayor nivel de estudios recibieron en mayor medida información sobre prevención, sin embargo, la actitud negativa se observa especialmente entre las personas más jóvenes; además en las edades más avanzadas, así como entre quienes se encuentran en situaciones desfavorables en cuanto a nivel socioeconómico y salud.

De acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS, 2012)⁶ en América, la proporción de nuevos casos y muertes por cáncer de estómago; es más alta en América Latina y el Caribe en comparación con Norte América, especialmente en los hombres. En América Latina y el Caribe: el 11% de los nuevos casos de cáncer y el 18% de las muertes son por cáncer de estómago; por lo que ocupa el cuarto lugar. Las mayores tasas de incidencia y mortalidad en ambos sexos se presentan en Guatemala, Honduras, Ecuador, Chile y los países con las menores tasas son EE. UU, Puerto Rico y Canadá. Cada año se producen más de 85,000 nuevos casos y 65.000 muertes por este tipo de cáncer. De acuerdo a las proyecciones se estima que, para el año 2030 se presentarán más de 138,000 nuevos casos y 107,000 muertes por cáncer de estómago.⁶

En el Perú, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer⁸, registró 109,914 casos en el periodo 2006-2011. Los tipos de cáncer más frecuentes son los tumores malignos de cuello uterino (14.7%), estómago (11.4%) y de mama

(10.4%). En varones, predomina el cáncer de estómago (15.4%), próstata (15.4%) y piel (7.8%). En mujeres, sobresale el cáncer de cuello uterino (23.9%), mama (16.8%) y estómago (8.9%). Las regiones con mayor número de casos notificados de cáncer por año son: Lima, La Libertad, Lambayeque, Callao y Piura. Para el año 2011, se produjeron 4,863 defunciones por cáncer de estómago. Los departamentos con mayor incidencia de mortalidad por cáncer gástrico son Huánuco, Huancavelica, Junín y Pasco. Con relación a la carga por cáncer, el número de años saludables perdidos (AVISA) por cáncer para el año 2012, fue de 420,024, cifra que constituye el 7.2% de la carga de enfermedad nacional. Los tipos de cáncer con mayor carga son leucemia, cáncer de estómago y cáncer de cuello uterino.⁸

El control de cáncer en la actualidad está enmarcado en planes y programas nacionales de prevención y control de esta enfermedad, una de las iniciativas actuales del Estado Peruano; es el Plan de Control del Cáncer en el Perú “Plan Esperanza”⁸, considerado como un modelo técnico de prevención y control del cáncer en América Latina que, de acuerdo a sus expertos, detallaron⁹: *“El cáncer gástrico es un cáncer silencioso y esto dificulta su detección temprana, encontrándose en etapas avanzadas”*.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI-2015)¹⁰, el 89,6% de las personas de 15 a 59 años de edad consideran que el cáncer es prevenible. Por sexo, el 91.0% de los hombres creen que el cáncer se puede evitar y en las mujeres el 88.5%. La percepción de que el cáncer es prevenible, se presenta en mayor porcentaje entre residentes de Lima Metropolitana (93.3%), Costa sin Lima Metropolitana (91.6%) y el menor porcentaje en la Sierra (84.7%).

Por otro lado Cutipa K (2011)¹¹; en su investigación, titulado: “Conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago de los usuarios del Centro de Salud primavera” demuestra que de los 72 usuarios (100%); 39 usuarios (54%), presentan un nivel de conocimiento medio; 22 usuarios (31%), un nivel de conocimiento bajo y 11 usuarios (15%), un nivel de conocimiento alto.

Conforme al reporte de la DIRESA (2014)¹², en la región de Ayacucho, el cáncer de estómago ocupa el segundo lugar en el 2013, después del cáncer de cuello uterino, con un total de 44 casos (18.4%); de ellos, 32 casos corresponde al sexo masculino y 12 casos restante al sexo femenino. En la Red de Salud Huamanga (2015),¹³ durante el periodo 2010-2012; contaba con un total de 336 casos (4,9%), habiendo descendido para este último periodo 2013-2015 a 263 casos (4,28%).

Existen muchos rumores y mitos sobre esta enfermedad, motivo por el cuál la gente se dificulta saber que es cierto en cuanto al cáncer.¹⁴ No existen dos personas que sean iguales; cada persona enfrenta el cáncer en su propio modo que les permite vivir sus vidas al máximo. En este sentido, es natural experimentar sentimientos que utilizan una gama de energía mental, y que pueden incluso hacer más difícil asimilar y comprender toda la información proporcionada por el equipo de salud.¹⁵ Si bien el conocimiento sobre cáncer en sí mismo, es insuficiente para motivar un cambio en las actitudes, si puede suponer un elemento decisivo en dicho proceso. En este sentido, existen estudios que han encontrado una asociación positiva entre los conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago.

En Ayacucho no existen investigaciones que analicen los conocimientos y actitudes que los usuarios muestran frente a la prevención de cáncer de estómago,

bajo este contexto de los argumentos mencionados arriba, nos motiva formular el problema de investigación: ¿Cuál es la relación entre los conocimientos y las actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017?

El **objetivo general** del estudio es:

- Determinar la relación entre los conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017, mientras los **objetivos específicos** fueron:
 - Evaluar el nivel de conocimientos frente a la prevención del cáncer de estómago; según procedencia, edad y grado de instrucción de los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.
 - Evaluar la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.

El tema de abordaje es relevante, porque a la fecha la prevención del cáncer de estómago es una prioridad de las políticas públicas y del sector sanitario, para ello, el profesional de enfermería viene permanentemente fomentando una serie de acciones a fin que la población mejore sus conocimientos y adopte mejores actitudes, y de esta manera disminuir las tasas de morbimortalidad en relación a las estadísticas actuales.

La **finalidad** del presente estudio, fue evaluar la relación entre los conocimientos y actitudes de los usuarios del Hospital Regional de Ayacucho frente a la prevención del cáncer de estómago.

La **hipótesis** enunciada para el presente estudio fue:

- Hi: El nivel de los conocimientos se relaciona con la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.
- Ho: El nivel de los conocimientos no se relaciona con la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo aplicativo, de nivel descriptivo correlacional, de diseño prospectivo, transversal y no experimental. El área de estudio es el consultorio externo de medicina del Hospital Regional de Ayacucho donde la población estuvo constituida por usuarios que acudieron al consultorio externo de medicina, cuya muestra estuvo conformada por 109 usuarios y la técnica utilizada fue la entrevista estructurada y los instrumentos: Test de conocimiento y escala tipo Likert, el procesamiento se realiza empleando el paquete estadístico IBM - SPSS VERSIÓN 22. los cuales son presentados en tablas.

Con respecto a los **resultados** sobre la relación entre conocimiento y actitud frente a la prevención del cáncer de estómago, existe relación moderada y una significancia estadística ($p < 0,05$). Del 100% de los usuarios, el 61,5% presentan un nivel de conocimiento medio frente a la prevención de cáncer de estómago, asimismo el conocimiento es independiente a la procedencia, edad y grado de instrucción ($p > 0,05$). Sobre la actitud, el 52,3% presentan una actitud favorable. Finalmente se **concluye** 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 $p < 0,05$).

La **estructura del presente informe final** de tesis está constituida por páginas preliminares; seguido de cinco capítulos. El Capítulo I plasma la introducción, el Capítulo II considera la revisión de la literatura, el Capítulo III describe los materiales y métodos, el Capítulo IV muestra los resultados y el Capítulo V detalla la discusión; finalmente se alcanza las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Sobre el problema a investigar, existen diferentes trabajos de investigación relacionados, lo que fueron realizados a nivel internacional, nacional, local y que a continuación haremos mención:

A NIVEL INTERNACIONAL:

SANGUINETTI et al., (2015), en Salta, Argentina, en la investigación descriptivo y comparativo: “Evaluación de los conocimientos sobre prevención del cáncer de colón comparado con otros tumores”, realizado en 100 estudiantes voluntarios mayores de 18 años, durante el año 2013. Para la recolección de datos se empleó encuestas. Determinaron que *“las personas con mayor nivel educativo conocían más los tumores con estrategias preventivas (colon $P=0,004$; mama $P<0,0001$; Próstata $P<0,0001$; cuello uterino $P<0,0001$)”*.¹⁶

A NIVEL NACIONAL:

VILLANUEVA, M. (2016), en Huánuco - Perú, en la investigación observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y correlacional: “Conocimientos y actitudes

sobre prevención del cáncer de estómago en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015”, realizado en 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. Determinaron 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 ($X^2 = 2,70$; $P < 0,047$) con lo que se acepta la hipótesis de investigación. Con respecto a los conocimientos sobre la prevención del cáncer de estómago, presentaron conocimiento bueno el 53,7% y el 46,2% presentaron conocimientos deficientes. En cuanto a las actitudes sobre la prevención del cáncer de estómago, presentaron actitud positiva el 54,1% y el 45,9% presentaron actitud negativa”*.¹⁷

CUETO, M. (2016), Arequipa – Perú, en la investigación descriptivo relacional de corte transversal: *“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”*, realizado en 285 personas seleccionados mediante los criterios de inclusión. Se empleó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario de conocimientos y actitudes acerca de la alimentación para la prevención del cáncer. Determinaron que *“el nivel de conocimiento sobre alimentación para prevenir el cáncer es bajo en el 60.35%, la actitud es positiva en 83.51%, además se encontró mediante el análisis estadístico de X^2 , existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud de la población ($p < 0,05$)”*.¹⁸

CUTIPA, K. (2011), en Lima - Perú, en la investigación aplicativo, descriptivo y de corte transversal: *“Conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago de los usuarios del CS primavera”*, realizado en 72 usuarios que acudieron a los consultorios de medicina 1 y 2 del turno mañana, durante el mes de diciembre del 2010. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Determinaron que *“39 usuarios (54%) presentan un nivel de conocimiento medio, 22 usuarios (31%) un nivel de conocimiento bajo y 11 usuarios (15%) un nivel de conocimiento alto”*.¹¹

JARA, A. y PEÑA, S. (2011), en Lima – Perú, en la investigación descriptivo, prospectivo y corte transversal: *“Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián, enero-febrero 2011”*, realizado en 217 usuarias. La técnica empleada para la recolección de datos sería la encuesta y posteriormente se hace el reconocimiento del área de estudio, y se elaboró el instrumento. Determinaron que *“se observa que, del total de las usuarias encuestadas, el nivel de conocimientos fue similar entre los diferentes grupos etarios. Resaltando que el mayor porcentaje de conocimiento alto lo tienen las usuarias de 19 a 29 años con 25.2%, las usuarias de 30 a 39 en cambio tiene porcentaje de conocimiento medio en su mayoría llegando a formar el 56.5% y las usuarias de 40 a 49 tienen un mayor porcentaje de conocimiento bajo con 30.8%. Las diferencias encontradas no resultaron estadísticamente significativas ($p=0.432$). De acuerdo a los resultados, se ha evidenciado que, a mayor grado de instrucción, existe un mayor nivel de conocimientos, las diferencias resultaron estadísticamente significativas ($p=0.00$), resaltando que el 68,6% del conocimiento alto total lo representan las usuarias con grado de instrucción superior universitario, con un 64.9% son de*

superior no universitario y tienen un conocimiento medio, mientras que el 62.5% de las usuarias con primaria tienen conocimiento bajo".¹⁹

VALDEZ, C. (2011), en Lima-Perú, en la investigación descriptiva de corte transversal: *"Conocimiento sobre el cáncer de colon y sus medidas preventivas en una población de choferes. Empresa de transporte y servicios especiales sur Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Chorrillos, 2010"*, realizado en 60 choferes, cuyas edades van de los 30 a 60 años. Determinaron que *"el 53.30% no conocen sobre la prevención de cáncer de colon, en cambio el 46.70% conocen la prevención"*.²⁰

A NIVEL LOCAL:

QUISPE, J. Y ROJAS, N. (2013), en Ayacucho - Perú, en la investigación descriptivo y correlacional: *"Nivel de conocimiento y su relación con la actitud de las adolescentes en la prevención del cáncer del cuello uterino de la Institución Educativa Nuestra Señora de Fátima, Ayacucho, 2012"*, realizado en 132 adolescentes. Los instrumentos realizados fueron el cuestionario para determinar el nivel de conocimiento y el test Likert para la actitud. Determinaron que *"el 64,2% presenta un nivel de conocimiento alto en la prevención de cáncer de cuello uterino; el 56,8% tienen una actitud positiva en la prevención"*.²¹

1.2. BASE TEÓRICA

1.2.1. Conocimiento

1.2.1.1. Definición

El conocimiento ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos ya que, es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología.

Con el fin de aproximarnos al concepto de conocimiento, revisamos distintas definiciones del término partiendo de las principales perspectivas existentes. Teniendo en cuenta la dificultad que implica extraer una conclusión al respecto, SEGARRA, M. y BOU, J. (2004), citado por Vassiliadis y otros autores refiere: *“El conocimiento en las organizaciones han sido considerado por muchos, definido por algunos, comprendido por unos pocos, y formalmente valorado por prácticamente nadie”*.²²

El primer gran filósofo que abordó el estudio del conocimiento fue el francés René Descartes. Para él, conocer es partir de una proposición evidente; que se apoya en una intuición primaria. Descartes formuló tal proposición en su célebre sentencia: *“Pienso, luego existo”*.²³

HESSEN, J. (2008), señala *“Kant negó que la realidad pudiera ser explicada mediante solo conceptos y se propuso conseguir el mismo objetivo, pero intentando determinar los límites y capacidades de la razón. Si bien existen efectivamente juicios sintéticos a priori, que son la condición necesaria de toda comprensión de la naturaleza; el ámbito del conocimiento delimita, sin embargo en el pensamiento de Kant; al reino de la experiencia”*.²³

Según el británico John Locke representante moderado del Empirismo; las impresiones de la sensibilidad sólo formaban la base primaria del conocimiento. El también británico David Hume y algunos autores neopositivistas posteriores consideraron por el contrario, que las nociones de las ciencias formales no son empíricas ni conceptuales, sino formales y que por lo tanto, vacías de conocimiento.²³

Como argumenta BUNGE, M.(1997),²⁴ una definición posible del conocimiento, es que 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, M y LUDIN, P. (1965), señalan: *“Conocimiento, es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano”*.²⁵ 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”*.²⁶

1.2.1.2. Características

Según ANDREU, R. y SIEBER, S. (2000),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 MARTÍNEZ, A. y RÍOS, F.(2006),²⁸ el ser humano puede captar un objeto en tres niveles: sensible, conceptual y holístico.

- El conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medio de los sentidos. Gracias a ella, podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas con color, figura y dimensiones.
- El conocimiento conceptual, consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza respectivamente a estos dos tipos de conocimiento.
- El conocimiento holístico, también llamado intuitivo, en este nivel tampoco hay colores, dimensiones, ni estructuras universales como es el caso del conocimiento conceptual. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición. La principal diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en las estructuras. El primero

carece de estructuras, o por lo menos tiende a prescindir de ellas. El concepto en cambio es un conocimiento estructurado.

1.2.1.4. Clases de conocimiento

Como dice GRAJALES, A. y NEGRI, N. (2017),²⁹ el conocimiento puede ser dividido de diferentes maneras.

- **Vulgar:** El conocimiento ordinario o vulgar es aquel que se adquiere con la experiencia vital, aunque puede ser certero, no es demasiado confiable por su falta de fundamentación.
- **Científico:** El conocimiento científico es aquel que está representado por la actitud consciente y deliberada del sujeto por indagar y conocer el mundo que los circunscribe. Es por lo tanto un conocimiento causal, general y metódico.
- **Filosófico:** El conocimiento filosófico no se diferencia del conocimiento científico en cuanto a su actitud de conocer, lo que caracteriza al saber filosófico es su pretensión de fondo; la de ser un conocimiento sin supuestos, a su mismo conocimiento.

1.2.1.5. Escala Vigesimal (Para medir conocimiento)

Según MEJÍA, E. y BRAVO, J. (2005),³⁰ la escala vigesimal es una evaluación comúnmente usada en la educación de nuestro país, se ha considerado de acuerdo al puntaje obtenido en base a la valoración de los ítems. La inteligencia es medida en una escala de muchos intervalos y expresada en forma de coeficiente, puede ser también expresada vigesimales, es decir, cuantitativamente. ESCALA: 0 - 20 pts. 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

Existen múltiples y variadas definiciones de actitud, ya en 1935 Allport recopiló más de cien. Esta gran cantidad de definiciones existentes nos informa ya de la ambigüedad del concepto y por lo tanto también de las dificultades metodológicas en su investigación.³¹

El término actitud es hoy muy utilizado, y en el lenguaje usual 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

Dentro del campo de la Psicología el autor más conocido e influyente ha sido Allport que define la actitud: *“Estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”*.³²

Siguiendo a Allport, la preocupación por el estudio de las actitudes se remonta a 1962, cuando Spencer parece que por primera vez utilizó el término “actitud”, en el sentido que posteriormente se consolidó en Psicología Social.³²

HERNÁNDEZ et al., señala que: *“Una actitud es una predisposición aprendida para responder coherentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto, ser vivo, actividad, concepto, persona o sus símbolos”*.³³ Por lo demás la familia, los amigos, los grupos de referencia, la escuela, los medios de comunicación y el trabajo son las principales agencias de socialización implicadas en la adquisición y modificación de las actitudes.³¹

1.2.2.2. Componentes³⁴

- **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.

1.2.2.3. Criterio para evaluar actitudes.³¹

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 et al.,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 externe 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:³⁴

- 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 existan 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 suma de 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.³³

Likert propone después de cada enunciado, una escala con intervalos que puede ir del “1 al 5” es decir, una escala graduada: “Totalmente favorable o de acuerdo”, “Favorable”, “Neutro” (ni en favor, ni en contra), “Desfavorable” y “Totalmente desfavorable o en desacuerdo”. Si los enunciados están bien hechos, el término medio (3, neutro) no es fácil que sea contestado.³³

1.2.3. Generalidades del cáncer

1.2.3.1. Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015),¹ el término genérico “Cáncer” no es una enfermedad única, designa un amplio grupo 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.

Normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesite. Sin embargo, en el cáncer, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir y las células nuevas se forman

cuando no son necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores.³⁵

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.³⁶

1.2.3.2. Patrones de crecimiento:³⁷

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 rara vez 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.

1.2.4. Cáncer de estómago

1.2.4.1. Definición del cáncer de estómago

El cáncer de estómago conocido también como cáncer gástrico (CG) es un cáncer que se origina en el estómago.²

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2013), citado por Fenoglio et al., define: *“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”*.³⁸ Generalmente es una sinonimia hablar de cáncer gástrico y adenocarcinoma gástrico, porque el 95% del total de CG son adenocarcinomas.³

Las capas del estómago son importantes para determinar la etapa (extensión) del cáncer y en ayudar a determinar el pronóstico de una persona.² La distribución del CG es: Fondo y Unión GE 35%, antro 40%, cuerpo 25%, linitis plástica 10%.³

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.³

1.2.4.2. Modelos de la génesis del cáncer de estómago

- **Modelos secuenciales de lesiones gástricas de que precede el cáncer gástrico**

Según el modelo de CORREA et al.,⁵ las etapas clásicas de la cascada precancerosa han sido bien caracterizadas desde el punto de vista histopatológico. La secuencia propuesta es la siguiente: gastritis crónica activa-gastritis atrófica multifocal (pérdida de glándulas gástricas)-metaplasia intestinal completa-metaplasia intestinal incompleta-displasia (neoplasia intraepitelial) de bajo grado o alto grado-cáncer invasivo (adenocarcinoma).

- **Modelo epidemiológico de causalidad**

Se considera que la fuerza que promueve el proceso precanceroso es la infección por *Helicobacter pylori*. El patólogo Robin Warren y el gastroenterólogo Barry Marshall demostraron una asociación causal con la úlcera péptica y mencionaron la posibilidad de un papel en el cáncer gástrico. Está modulado por la interacción de tres grupos de fuerzas etiológicas: las asociadas a la bacteria, al huésped y el ambiente externo. La relación de los factores etiológicos hace que la mucosa gástrica normal se convierta en una gastritis crónica, que puede evolucionar de dos maneras: gastritis no atrófica y gastritis multifocal atrófica.

Los factores asociados al agente bacteriano dependen de la virulencia de la cepa infecciosa, la cual está determinada principalmente por dos genes que definen la secreción de dos toxinas principales: *cagA* (cytotoxin associated gene) y *vacA* (vaculating cytotoxin).⁵

- **Modelo actual de carcinogénesis**

Estos dos tipos histológicos de cáncer gástrico han sido propuestos por Lauren:

Adenocarcinoma tipo intestinal ^{5, 38, 39 y 40}

Se caracteriza por la presencia de formaciones glandulares y células epiteliales, por esta vía se asemeja a un cáncer de colon de donde deriva su denominación.

Se ha relacionado con factores ambientales. Agrupa a los bien diferenciados (Papilar y Tubular) originados en el contexto de metaplasia intestinal y atrofia gástrica. Es el más característico de áreas de alta incidencia y en hombres de mayor edad. Es el más frecuente en los tipos I y II de Borrmann. Habitualmente se localiza en cuerpo y antro gástrico.

La lesión casi siempre está localizada en un solo foco y cursa a través de una serie de lesiones de epitelio diversas: gastritis superficial-gastritis-atrónica, metaplasia-displasia-cáncer.

Adenocarcinoma tipo difuso ^{38, 40, 41 y 42}

Es aquel que crece en forma de células sueltas o aisladas. Tiene una vertiente más asociada a factores hereditarios. Abarca las formas indiferenciadas (células en anillos de sello, indiferenciado y mucinoso), con células dispersas que invaden en forma individual o en pequeños grupos. Es más frecuente en pacientes más jóvenes. Es más común en el sexo femenino. Es característico también de los tipos III o IV de la clasificación de Borrmann. Se localiza en los cardias y en la unión gastroesofágica.

Por lo regular, el CG difuso se distribuye en varios puntos del estómago y no se le ha atribuido algún tipo de lesión atrófica inicial que favorezca su desarrollo.

1.2.4.3. Factores de riesgo

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.⁴³ 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.⁴ Aunque la OMS ha determinado que la infección por H.pylori es la causa primaria de la enfermedad, la gran mayoría de personas infectadas nunca desarrollan cáncer.⁵

Epidemiológica y experimentalmente los factores de riesgo que se presentan fundamentalmente en el cáncer de estómago son: demográficos-ambientales, biológicos y hereditarios:

- **Factores demográficos-ambientales**

- Alimentación pobre en frutas y verduras**

- Las primeras líneas de evidencia sugieren que la alimentación y nutrición afectan el riesgo de padecer cáncer.⁴³

- Las verduras y frutas son un grupo muy amplio de alimentos que proveen micronutrientes y otros compuestos bioactivos como fibra dietética, vitaminas, minerales y polifenoles.⁴⁵ Se ha establecido que una persona que consume adecuadamente frutas y verduras tiene la mitad del riesgo de contraer cáncer, por lo que es una manera garantizada de controlar el riesgo.⁴³

Consumo de alimentos salados, procesados y ahumados

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, en salmuera y se estima un incremento del riesgo de CG de hasta cinco veces por porción al día.⁴⁵

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 aminas heterocíclicas e hidrocarburos aromáticos policíclicos, también con potencial cancerígeno.⁴⁵

Bebidas alcohólicas

El etanol por sí mismo no es cancerígeno, pero interfiere con el metabolismo de otros agentes potencialmente promotores del cáncer.⁴³ El alcohol actúa como solvente facilitando el transporte de cancerígenos menos solubles e interfiere con la integridad de la membrana celular y con la comunicación intercelular.⁴³ El alcohol puede iniciar o promover el desarrollo del cáncer por múltiples efectos biológicos, no obstante la evidencia epidemiológica disponible al año 2007 no permitió emitir un consenso al respecto.⁴⁵

Posteriormente, un meta-análisis con evidencia actualizada a 2010 se documentó un incremento de riesgo por un consumo alto.⁴⁵

Tabaquismo

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.⁴³ GONZÁLES, C. (2010), señala: *“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”*.³⁹

En mayo de 1999, durante la 52ª Asamblea Mundial de Salud, los Estados miembros de la Naciones Unidas propusieron la Convención Internacional Marco para el control del tabaco, un tratado internacional con el objetivo de frenar la expansión global del tabaquismo.⁴³

Agentes carcinógenos ambientales⁴³

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), la IARC, clasifica 99 sustancias de uso industrial como reconocidamente cancerígenas. Los tipos de industria relacionadas al cáncer de estómago son las siguientes: Llantas, fundición de hierro, acero, cuero y zapatos.

- **Factores biológicos**

Helicobacter pylori (Hp)

De acuerdo a FUENTES et al., (2009),⁴¹ el principal agente para el cáncer de estómago considerada por la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) y la unidad de la OMS es el Helicobacter pylori clasificada como carcinógeno tipo I.

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.⁴⁴ Esta bacteria produce una respuesta inflamatoria en la mucosa gástrica de los individuos infectados.⁴³ Daña al epitelio mucosecretor gástrico facilitando la permeación de células inflamatorias como linfocitos, polimorfonucleares y macrófagos.³⁹ 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.³⁹ El 78% de los cánceres gástricos localizados fuera del cardias se relacionan con la bacteria.⁴³

- **Factores hereditarios**

Antecedentes familiares de cáncer de estómago

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.⁴⁴

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.⁴⁶

1.2.4.4. 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.³

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).⁴⁶

Por su parte, la mayoría de los pacientes con cáncer gástrico avanzado presentan síntomas de alarma (90%) como dolor abdominal recurrente, anemia, pérdida de peso, vómitos, anorexia, y de acuerdo a la situación del tumor, disfagia o síndrome pilórico.⁴⁶

Los signos que puede presentar son: ganglio supraclavicular izquierdo (Virchow), nódulo periumbilical (Hermana María José), nódulo en la axila izquierda (Irish), ascitis o al tacto rectal las placas de Blummer.⁴²

1.2.4.5. 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** ^{38, 46 y 47}

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)** ^{38,46 ,47 y 48}

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:

Borrmann I	Polipoideo	Tipo 1
Borrmann II	Ulcerado, bien delimitado y con bordes sobre elevados	Tipo 2
Borrmann III	Ulcerado-infiltrante, zonas planas de diseminación difusa	Tipo 3
Borrmann IV	Difuso-infiltrativo	Tipo 4
Borrmann V	No clasificable	Tipo 5

- **Clasificación de la OMS**⁴⁷

La clasificación de la OMS es altamente reproductible 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 reproductible.

a. Papilar (pap)	d.Tubular 2 (moderadamente diferenciado)	f. Mucinoso (muc)	i. Pavimentoso (sg)
b. Tubular	e.Tubular 3 (pobremente diferenciado)	g. Indiferenciado (ud)	j. Tumor carcinoide (cd)
c. Tubular 1 (bien diferenciado)	f. Con células en anillo (sig)	h.Adenopavimentoso (as)	j. Miscelánea (ms)

Los papilares, tubulares, mucinosos y en células en anillo son los llamados de tipo común y los adenopavimentosos, el tumor carcinoide y el carcinoma indiferenciado son considerados como específicos. Los papilares y los tub1 y tub2, realmente son adenocarcinomas diferenciados.

Si se considera la histogénesis, los papilares y tubulares pueden estar dentro de la categoría de diferenciados.

Los carcinomas en células en anillo, los mucinosos y los indiferenciados deben ser considerados como indiferenciados.

1.2.4.6. Tratamiento

Hoy se dispone de nuevas y variadas alternativas, que son de análisis y decisión multidisciplinaria para cada caso en particular.⁴⁰ Los principales tratamientos oncológicos del carcinoma gástrico se basan en la endoscopia, cirugía, quimioterapia y la radioterapia. Lógicamente, también la paliación activa supone una parte importante del tratamiento oncológico.⁴⁹

Un factor determinante es el estadio clínico de la enfermedad. Dependiendo de este se elabora el plan terapéutico, ya que el TNM ofrece una aproximación valiosa de predecir el pronóstico para cada caso.⁴⁰

1.2.4.7. Pronóstico⁵

El cáncer gástrico tiene un pobre diagnóstico. Generalmente los casos 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 Japón, un país con una de las tasas de incidencia más altas del mundo existe un esfuerzo

generalizado para su diagnóstico temprano. La resección quirúrgica o endoscópica en dichos casos conlleva una tasa de supervivencia a los 5 años superior al 90%. Puesto que en las etapas iniciales el tumor es clínicamente silencioso en ausencia de un programa como el de Japón; la mejor estrategia para el control de la enfermedad es la prevención.

1.2.5. PREVENCIÓN DE CÁNCER DE ESTÓMAGO

1.2.5.1. Definición

CZERESNIA, D. (1999), el término prevenir tiene significado de "preparar, llegar antes de disponer de manera que evite (daño, mal), impedir que se realice".⁵⁰

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".⁵¹

La prevención en salud "exige una acción anticipada basada en el conocimiento de la historia natural a fin de hacer improbable la expansión posterior de la enfermedad".⁵⁰ Las acciones preventivas se definen como intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas reduciendo su incidencia y predominando en las poblaciones.⁵⁰

En 1945, el gran historiador médico alemán, Henry E. Sigerist, describe a la prevención como una de las cuatro tareas de la medicina junto con la promoción, restablecimiento del enfermo y la rehabilitación.⁵² Sigerist hizo notar que "la promoción de la salud obviamente tiende a prevenir la enfermedad y más aún, la prevención pide medidas especiales de protección". Además, define a la

promoción de la salud en términos de los factores generales de las causas de la enfermedad. Él considera tanto las causas específicas como las generales como de mucha importancia en la prevención.⁵²

Es importante diferenciar los conceptos de promoción y prevención. En primer lugar, ambos persiguen como meta la salud, pero la prevención lo hace situando la mirada en la enfermedad, o sea, su objetivo es la ausencia de enfermedad. En contraposición, la promoción hace énfasis en el nivel de salud, su objetivo es la mejora del nivel de salud, entendiendo la salud como un camino de vida.⁵³

La prevención primaria y la prevención secundaria junto con la mejora de los tratamientos constituyen los métodos más adecuados para reducir el cáncer.

1.2.5.2. Niveles de prevención:

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”*.⁵¹

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, pueden traer buenos resultados en la reducción del cáncer.⁴³ El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad.⁵⁴

Esta etapa es simple no necesita de la asesoría de un médico, e implica promover conductas saludables a todo nivel, las que desde que se incorporan producen un cambio radical en la calidad de vida de las personas. Con la prevención primaria, el paciente tiene el poder de controlar su riesgo y disminuirlo.⁵⁵

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:⁴³

- 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.
- Apoyar las 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.

B) Prevención secundaria

Como dice VIGNOLO et al.,⁵⁴ 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).

Leavell y Clark, 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.⁽⁵⁶⁾

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 los menores riesgos.⁵⁶

Diagnóstico precoz

Consiste en realizar una prueba para diagnosticar precozmente el tumor en personas que no tienen síntomas.⁵⁷ Actualmente, no se conoce ninguna prueba, que empleada de forma sistemática en personas sanas sin síntomas logre diagnosticar precozmente el cáncer gástrico y por consiguiente aumentar el porcentaje de curaciones.⁵⁸ Sin embargo, aquellas personas diagnosticadas de lesiones premalignas se puede beneficiar de la realización de exámenes endoscópicos juntamente con la biopsia.^{58,59}

1.3. HIPÓTESIS

- **Hi:** El nivel de los conocimientos se relaciona con la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.
- **Ho:** El nivel de los conocimientos no se relaciona con la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.

1.4. VARIABLES DE ESTUDIO

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Conocimientos.
- **VARIABLE DEPENDIENTE:** Actitudes frente a la prevención de cáncer de estómago.

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Conocimientos (Variable Independiente)	Es todo concepto, idea, juicio, que adquiere las personas como resultado de su experiencia y educación sobre la prevención del cáncer de estómago, patología que ocupa el segundo lugar en Ayacucho, logrando controlar, disminuir, o eliminar mediante ciertas actividades preventivas que están encaminadas a la detección y diagnóstico temprano de esta enfermedad.	Es un conjunto de conceptos, ideas, juicios sobre la prevención del cáncer de estómago que tienen los usuarios del Hospital Regional de Ayacucho, el cual será medido a través de un cuestionario cuyo valor final será alto, medio o bajo.	-Conocimiento sobre los aspectos conceptuales -Conocimiento sobre los factores de riesgo. -Conocimiento sobre las manifestaciones clínicas -Conocimiento sobre prevención	N° de preguntas acertadas/ N° de preguntas propuestas: Alto/medio/bajo .	Ordinal	<u>Escala de puntaje:</u> 16 – 20 puntos = Alto 11 - 15 puntos = Medio 00 – 10 puntos = Bajo
Actitudes frente a la prevención de cáncer de estómago. (Variable Dependiente)	Es la predisposición aprendida de una persona, a valorar o comportarse de una manera favorable o desfavorable, frente a la prevención de cáncer de estómago, la cual está relacionada con el conocimiento que poseen.	Son las predisposiciones aprendidas de una persona a comportarse frente a la prevención de cáncer de estómago, el cual será obtenido a través de un cuestionario y valorado en Muy Favorable, Favorable, Indeciso, Desfavorable y Muy desfavorable	Componente cognitivo Componente afectivo Componente conductual	-Juicios acerca del cáncer de estómago -Sentimientos hacia el cáncer de estómago -Intenciones que genera el cáncer de estómago	Ordinal	<u>Escala de puntaje:</u> 20 – 36 = Muy desfavorable 37 – 52 = Desfavorable 53 – 68 = Indiferente 69 – 84 = Favorable 85 – 100 = Muy favorable

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio está enmarcando en el enfoque cuantitativo. HERNÁNDEZ 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”*.³³

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a su finalidad, el presente estudio pertenece a una investigación aplicada. VARGAS, Z. (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 las consecuencias prácticas que de ellas se deriven”*.⁶⁰ Esta investigación busca conocer para hacer, para actuar, para construir, para modificar, le preocupa la aplicación inmediata sobre una realidad circunstancial antes que el desarrollo de un conocimiento de valor universal.

2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de nivel descriptivo correlacional. BURNS, N. y GROVE, S. (2004), 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 situación”*.⁶¹ Se dice que pertenece a este nivel, porque el presente trabajo de investigación tiene como finalidad describir la relación entre variables y no deducir relaciones entre causa y efecto.

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo al periodo en que se capta la información, pertenece a un estudio prospectivo. CANALES et al., (1994), sostiene que *“El estudio prospectivo registra la información según van ocurriendo los fenómenos, siguen una línea presente-futuro”*.⁶² Se dice que pertenece a este estudio, porque se conoce o se manipula una variable independiente y se miden cambios o consecuencias en una variable dependiente.

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”*.⁶²

De acuerdo a la manipulación de variables, corresponde a un estudio no experimental. HERNÁNDEZ et al., (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”.*³³

2.5. ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación se realizó en el Consultorio externo de Medicina del Hospital Regional de Ayacucho, situado en la Av. Independencia 355. Este hospital es de nivel II-2, el cual brinda atención especializada a toda la población en general, es el establecimiento de mayor complejidad y centro de referencias más grande de la región.

Centra su campo de acción en cinco grandes rubros: hospitalización, consultorios externos, emergencias, servicios centrales, de soporte y atención en estrategias de salud pública.

2.6. POBLACIÓN

La población en estudio estuvo conformada por los usuarios que acuden al consultorio externo de medicina del Hospital Regional de Ayacucho, siendo el total de 151 atendidos durante el mes de julio de 2017 que constituyen el 100% de la población según la Oficina de Estadística e Informática de esa Institución.

2.6.1. Criterios de inclusión

- Usuarios adultos de 35 años a más.
- Que aceptan participar voluntariamente en el estudio.
- Que reciben atención en el Hospital Regional de Ayacucho.

2.6.2. Criterios de exclusión

- Usuarios menores de 35 años.

- Usuarios con neoplasia gástrica que a la fecha presentan el diagnóstico y reciben tratamiento.
- Usuarios que no deseen participar en el estudio.
- Usuarios con trastornos mentales.

2.7. MUESTRA

2.7.1. Unidad de Análisis

Usuario del Consultorio externo de Medicina del Hospital Regional de Ayacucho.

2.7.2. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue finito, ya que se conoció el número de usuarios atendidos en el Consultorio externo de Medicina del Hospital Regional de Ayacucho, datos obtenidos según la Oficina de Estadística e Informática del mencionado establecimiento.

Para calcular el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula para una población finita:

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

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 151}{(151 - 1)(0,05)^2 + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = 109$$

Dónde:

	Definición	Valor
N	Tamaño de la población	151
Z ²	Varianza (Tabla de Gauss 1.96, nivel de confianza=95%)	1.96
P	Probabilidad de éxito (50%)	0.5
Q	Probabilidad de fracaso (50%)	0.5
e	Error de estimación (5%)	0.05

Por lo tanto, la muestra estuvo constituida por 109 usuarios.

2.7.3. Tipo de muestreo

La selección de la muestra es obtenida mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple, por lo cual se utilizó la fórmula para población finita.

2.8. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: La técnica que se utilizó fue la entrevista estructurada para indagar respecto a los conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago.

Instrumento: Entre los instrumentos que fueron empleados dentro del presente estudio tenemos a los siguientes:

- **Cuestionario de conocimientos sobre cáncer de estómago**

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

La valoración de los ítems se hizo 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: 00 a 10 puntos (Conocimiento Bajo), 11 a 15 puntos (Conocimiento Medio) y 16 a 20 puntos (Conocimiento Alto).

- **Escala de actitudes sobre el cáncer de estómago**

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

Estos enunciados cuentan 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 obtenga 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: 20 a 36 puntos (Muy desfavorable), 37 a 52 puntos (Desfavorable), 53 a 68 puntos (Indiferente), 69 a 84 (Favorable) y 85 a 100 puntos (Muy favorable).

2.9. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó las siguientes acciones:

- La elaboración del instrumento de recolección de datos fue sometido a una prueba de validez y confiabilidad.
- Se solicitó carta de presentación del Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, con ello y la copia del proyecto se presentó a la Dirección del Hospital Regional de Ayacucho.
- Aprobado el proyecto por la comisión de docencia e investigación del Hospital Regional de Ayacucho, se pasó a pagar S/ 120 por derecho de ejecución en dicha institución.
- Obtenido el permiso por el Hospital Regional de Ayacucho se pasó a ubicar a cada usuario para la recolección de datos en donde, se les explicó los objetivos de la investigación, logrando su participación en la entrevista. Así también hubo usuarios que estuvieron acompañados con un familiar que cumplía con el criterio de inclusión de esta manera, se aprovechaba su presencia. Se procedió con la entrevista teniendo en cuenta las preguntas incluidas en el instrumento. Se cerró la entrevista indicando al paciente que hemos terminado; acto seguido se le agradeció por su participación.

De esta manera identificamos los conocimientos y actitudes frente a la prevención de cáncer de estómago en los usuarios, proponiendo estrategias apropiadas para mejorarlas.

2.10. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron procesados de manera informática 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 Chi cuadrado y Tau-c de Kendall para establecer la relación entre dos variables en estudio.

2.12. CRITERIO DE VALIDACIÓN

La validez del instrumento fue sometido a través de juicio de expertos mediante 04 expertos; el primer experto, de la especialidad de gastroenterología; el segundo experto, especialista en prevención de cáncer; el tercer experto, de la especialidad de medicina general y el cuarto experto especialista en salud pública. Los cuales juzgaron la “bondad” de los ítems de los instrumentos en términos de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad. Para la confiabilidad del instrumento se realizó la prueba piloto mediante la aplicación del instrumento en la misma población tomando en cuenta el 18% de la muestra establecida, cuyos resultados permitieron discriminar ítems garantizando su consistencia y coherencia interna, así como reducir al máximo el margen de error. La validación de la prueba piloto fue a través de la prueba estadística de Alfa de Crombach, siendo el resultado 0.845, la que la hizo confiable.

CAPÍTULO III
RESULTADOS

TABLA Nº 1
NIVEL DE CONOCIMIENTO RELACIONADOS CON LA ACTITUD FRENTE A
LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS QUE
ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2017.

Actitud	Conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
Indiferente	8	7,3	25	22,9	6	5,5	39	35,8
Favorable	9	8,3	37	33,9	11	10,1	57	52,3
Muy favorable	0	0,0	5	4,6	8	7,3	13	11,9
Total	17	15,6	67	61,5	25	22,9	109	100,0

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2. Aplicado a los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.

Prueba	Valor	P
Tau-c de Kendall	0,203	0,008

En la tabla 1 se observa del 100% (109) de usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho: 52.3% adopta una actitud favorable frente a la prevención del cáncer de estómago, de ellos, 33.9% tienen un conocimiento medio, 10.1% conocimiento alto y 8.3% conocimiento bajo; 35.8% adopta una actitud indiferente frente a la prevención del cáncer de estómago, de ellos, 22.9% tienen un conocimiento medio, 7.3% conocimiento bajo y 5.5% conocimiento alto; 11.9% adopta una actitud muy favorable frente a la prevención del cáncer de estómago, de ellos, 7.3% tienen un conocimiento alto, 4.6% conocimiento medio y 0.0% conocimiento bajo.

En la interpretación de los resultados, se observa que en los usuarios con conocimiento medio la actitud “favorable” e “indiferente” es mucho más frecuente. En los valores obtenidos con el estadístico no paramétrico de correlación Tau-c de Kendall (0,203), demuestran una correlación media (positiva). Asimismo, el nivel de conocimiento guarda relación o dependencia con la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho con un nivel de significancia ($p > 0,05$), es decir que cuando mejora el nivel de conocimiento mejora la actitud hacia la prevención del cáncer.

TABLA Nº 2
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE
ESTÓMAGO EN USUARIOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL
REGIONAL DE AYACUCHO, 2017.

Nivel de conocimiento	N.º	%
Bajo	17	15,6
Medio	67	61,5
Alto	25	22,9
Total	109	100,0

Fuente: Entrevista estructurada aplicado a los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.

En la tabla 2 se observa, del 100% (109) de usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho según el nivel de conocimientos: el 61,5% (67) presentan un nivel de conocimiento medio frente a la prevención de cáncer de estómago, el 22,9% (25) tienen un nivel de conocimiento alto y el 15,6% (17) presentan un nivel de conocimiento bajo.

En general, en mayor porcentaje el conocimiento sobre la prevención de cáncer de estómago es de nivel “medio” en los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho.

TABLA Nº 3
NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN PROCEDENCIA FRENTE A LA
PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS QUE ACUDEN
AL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2017.

Procedencia	Conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
Radica en la ciudad de Ayacucho	11	10,1	33	30,3	19	17,4	63	57,8
Otro distrito y/o provincia de la región	5	4,6	19	17,4	3	2,8	27	24,8
Otra región	1	0,9	15	13,8	3	2,8	19	17,4
Total	17	15,6	67	61,5	25	22,9	109	100,0

Fuente: Entrevista estructurada aplicado a los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.

	Valor	Gl	P
X ²	7,230	4	0,124

En la tabla 3 se observa, del 100% (109) usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho: el 57,8% radica en la ciudad de Ayacucho, de las cuales, el 30,3% presenta un conocimiento medio, seguido de conocimiento alto con un 17,4% y con 10.1% un conocimiento bajo; 24.8% son de otro distrito y/o provincia de la región, de los cuales, el 17,4% presenta un conocimiento medio, seguido del 4,6% que presenta un conocimiento bajo y un 2,8% con un conocimiento alto; 17.4% proceden de otra región, de los cuales el 13,8% presentan un conocimiento medio, seguida de 2,8% que presenta un conocimiento alto y el 0,9% un conocimiento bajo.

De los tres grupos de procedencia, los usuarios que radican en la ciudad de Ayacucho poseen un conocimiento “medio” y “alto”. Por lo expuesto, no hay relación entre el nivel de conocimiento y la procedencia del usuario, es decir, al realizar la prueba de Chi cuadrado no hay significancia estadística ($p > 0,05$). Se establece que el nivel de conocimiento no está determinado por la procedencia de los usuarios.

TABLA Nº 4
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN EDAD FRENTE A LA PREVENCIÓN
DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL
REGIONAL DE AYACUCHO, 2017.

EDAD (AÑOS)	CONOCIMIENTO						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
De 35 a 43	9	8,3	32	29,4	13	11,9	54	49,5
De 44 a 57	7	6,4	20	18,3	6	5,5	33	30,3
De 57 a 80	1	0,9	15	13,8	6	5,5	22	20,2
Total	17	15,6	67	61,5	25	22,9	109	100,0

Fuente: Entrevista estructurada aplicado a los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.

	Valor	Gl	P
X ²	3,174	4	0,529

En la tabla 4 se observa, del 100% (109) de los usuarios que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho: el 49,5% son usuarios de 35 a 43 años, de los cuales, 29,4% presentan un conocimiento medio, el 11,9% cuentan con un conocimiento alto y 8,3% un conocimiento bajo; el 30,3% son usuarios de 44 a 57 años, de los cuales, el 18,3% presenta un conocimiento medio, seguido de 6,4% que cuenta con conocimiento bajo y 5,5% un conocimiento alto; 20,2% son usuarios de 57 a 80 años, de los cuales el 13,8% presenta un conocimiento medio, seguido del 5,5% con un conocimiento alto y 0,9% un conocimiento bajo.

De los tres grupos de edad, los usuarios del grupo etario de 35 a 43 años poseen un nivel de conocimiento “medio” y “alto”. Si bien los mejores niveles de conocimiento son buenos a mayor edad, pero los resultados alcanzados no muestran diferencias estadísticas significativas, y aplicando la prueba de chi cuadrado se establece que el nivel de conocimiento no está determinado por la edad de los usuarios ($p > 0,05$).

TABLA Nº 5
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN FRENTE A
LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS QUE
ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2017.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	CONOCIMIENTO						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
Primaria	5	4,6	18	16,5	6	5,5	29	26,6
Secundaria	8	7,3	26	23,9	8	7,3	42	38,5
Superior	4	3,7	23	21,1	11	10,1	38	34,9
Total	17	15,6	67	61,5	25	22,9	109	100,0

Fuente: Entrevista estructurada aplicado a los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.

	Valor	GI	P
X ²	1,945	4	0,746

En la tabla 5 se observa, del 100% (109) de usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho: el 38.5% tienen instrucción secundaria, de ellos, 23.9% tiene un nivel de conocimiento medio frente a la prevención de cáncer de estómago, 7.3% conocimiento bajo y alto; 34.9% tienen instrucción superior, de ellos, 21.1% tienen un nivel de conocimiento medio frente a la prevención de cáncer de estómago, 10.1% conocimiento alto y 3.7% conocimiento bajo; 26.6% tiene instrucción primaria, de ellos el 16.5% tiene un nivel de conocimiento medio frente a la prevención de cáncer de estómago, 5.5% conocimiento alto y 4.6% conocimiento bajo.

De los tres grupos de grado de instrucción, los usuarios con nivel de instrucción secundaria tienen conocimiento "medio". Si bien los mejores niveles de conocimiento son buenos a mayor grado de instrucción, pero los resultados alcanzados no muestran diferencias estadísticas significativas, y aplicando la prueba de chi cuadrado se establece que el nivel de conocimiento es independiente al grado de instrucción de los usuarios ($p > 0,05$).

TABLA Nº 6
ACTITUDES FRENTE A LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN
USUARIOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2017.

Actitud	N.º	%
Indiferente	39	35,8
Favorable	57	52,3
Muy favorable	13	11,9
Total	109	100,0

Fuente: Cuestionario tipo Likert sobre el cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.

En la tabla 6 se observa, del 100% (109) de usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho según la actitud: el 52.3% (57) presentan una actitud favorable frente a la prevención de cáncer de estómago, el 35.8% (39) una actitud indiferente y el 11.9% (13) una actitud muy favorable.

En general, en mayor porcentaje la actitud frente a la prevención de cáncer de estómago es “favorable” en los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

De acuerdo a la OMS (2012),⁶ a nivel mundial, el cáncer de estómago ocupa el quinto lugar en incidencia, se estima que más del 70% de los casos se producen en países en desarrollo y la mitad de los casos en Asia Oriental. Es la tercera causa en mortalidad.

En el Perú, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer⁸ registró 109,914 casos en el periodo 2006 – 2011, colocando al cáncer de estómago en el segundo lugar con 11.4% entre los diversos tipos de Cáncer. Conforme al reporte de la DIRESA (2014),¹² en la Región de Ayacucho en el 2013, el cáncer de estómago ocupa el segundo lugar con un total de 44 casos (18.4%) y en la Red Huamanga (2015),¹³ en el periodo 2013-2015 se presentó un total 263 casos (4,28%).

El objetivo general de esta investigación fue determinar la relación entre conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho. Para dar respuesta a este objetivo se seleccionó una muestra de 109 usuarios de una población de 151, obteniéndose lo siguiente:

En la **tabla 1**, se refleja el nivel de conocimiento en relación con la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, se determinó que en los usuarios con conocimiento medio, la actitud “favorable” (33.9%) e “indiferente” (22.9%) es las más frecuente, por lo que podemos inferir que existe relación media (positiva) entre conocimiento y actitud, el cual se estableció mediante la prueba de Tau-c de Kendall con 0,203 y un nivel de significancia estadística ($p > 0.05$).

Al respecto, señalamos a **Villanueva**,¹⁸ en su trabajo de investigación titulado *“Conocimientos y actitudes sobre prevención del cáncer de estómago en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015”*, concluyó 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 ($X^2 = 2,70$; $P < 0,047$) con lo que se acepta la hipótesis de investigación.

Por otro lado señalamos a **Cueto**,¹⁸ en su trabajo de investigación titulado *“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”*, concluyó que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud de la población ($p < 0,05$).

Los hallazgos mostrados en la presente investigación coinciden con los resultados obtenidos por los investigadores anteriormente mencionados, ya que Villanueva señala la relación existente entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la prevención de cáncer de estómago, pero ha de advertirse que no en las mismas

poblaciones, ya que trabaja con estudiantes, por otro lado, Cueto también señala la relación existente entre el nivel de conocimiento y las actitudes acerca de la alimentación para la prevención del cáncer.

Por esta razón es necesario garantizar la difusión respectiva en los usuarios por lo que, la actitud favorable, indiferente o desfavorable frente a la prevención del cáncer de estómago va a depender del grado de información que los usuarios puedan disponer. En conclusión, podemos ver que los usuarios del Hospital Regional de Ayacucho poseen un nivel de conocimiento medio, el cual conlleva a una actitud favorable.

Dentro de los objetivos específicos de la investigación fue evaluar el nivel de conocimientos frente a la prevención del cáncer de estómago según procedencia, edad y grado de instrucción de los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho. Es importante evaluar los conocimientos de los usuarios porque nos ofrece información con la cual podemos tomar decisiones de promoción de salud y prevención de la enfermedad de acuerdo al nivel que presenten. Por lo que un conocimiento adecuado en los usuarios ayuda a enterrar la ignorancia evitando errores vitales que conduzcan a una vida difícil e incluso a la muerte prematura.

De acuerdo a lo señalado en la **tabla 2**, se refleja los conocimientos sobre la prevención del cáncer de estómago en los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, se determinó que el 61.5% poseen un nivel de conocimiento “medio”, 22.9% “alto” y 15.6% “bajo”.

Al respecto **Cutipa**,¹¹ en su trabajo de investigación titulado “*Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en usuarios del C.S.*”

Primavera en el distrito El Agustino, 2010”, determinó que el 54% presentan un nivel de conocimiento medio, 31% un nivel de conocimiento bajo y 15% un nivel conocimiento alto.

Por otro lado, **Villanueva**,¹⁷ en su trabajo de investigación titulado “*Conocimientos y actitudes sobre prevención del cáncer de estómago en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015*”, concluyó que 53,7% presentaron conocimiento bueno y el 46,2% presentaron conocimientos deficientes.

Del mismo modo **Jara y Peña**,¹⁹ en su trabajo de investigación titulado “*Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián, enero –febrero 2011*”, se encontró que el conocimiento global predominante obtenido es de nivel medio entre las usuarias encuestadas que asisten al Centro de Salud San Sebastián, formando parte del 68.2% del total, mientras que el conocimiento bajo representa el 11.1% y el conocimiento alto solo el 20.7% del total.

Por otra parte **Cueto**,¹⁸ en su trabajo de investigación titulado “*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*”; determinó que el nivel de conocimiento sobre alimentación para prevenir el cáncer es bajo en el 60.35%.

Por otro lado **Valdez**,²⁰ en el estudio realizado titulado “*Conocimientos sobre el cáncer de colon y sus medidas preventivas en una población de choferes. Empresa de transporte y servicios especiales sur Lima. Universidad Nacional*

Mayor de San Marcos. Chorrillos, 2010”; determinó que el 53.30% no conocen sobre la prevención de cáncer de colón, en cambio, el 46.70% conocen la prevención.

Los hallazgos mostrados en la presente investigación coinciden con tres de los resultados obtenidos por los investigadores anteriormente mencionados, ya que Cutipa señala que el resultado más significativo fue que la mayoría de los usuarios tienen un nivel de conocimiento medio respecto a la prevención, por otro lado Villanueva también señala que los estudiantes tienen conocimiento bueno en mayor porcentaje, del mismo modo Jara y Peña señalan que el conocimiento predominante obtenido es de nivel medio entre las usuarias encuestadas.

Por otro lado, los resultados obtenidos por dos de los autores, no coinciden con los resultados de la presente investigación, ya que Cueto señala que el nivel de conocimiento sobre alimentación para prevenir el cáncer es bajo en el 60.35%, por otro lado Valdez, también señala que las personas no conocen sobre la prevención de cáncer de colón, estos resultados no coinciden, porque nuestros hallazgos indican que los usuarios poseen un nivel de conocimiento medio, esto podría generar que al poseer conocimiento bajo no se tomaría las medidas de prevención de manera adecuada.

Como argumenta BUNGE, M. (1997),²⁴ el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vago e inexacto en base a ello típica en dos tipos de conocimiento fundamentales: Conocimiento Ordinario y Conocimiento Científico. El primero es un tipo de conocimiento no especializado que se adquiere por experiencia y se corrige, se enriquece o se rechaza por medio de la investigación y el conocimiento científico

se obtiene por medio del método científico y pueden someterse a pruebas y enriquecerse, y llegado el caso superarse por el mismo método. El conocimiento se construye y reconstruye constantemente, se va desarrollando con el paso del tiempo. Para que se dé el proceso de conocimiento, se necesita del objeto de estudio, lo susceptible de conocer y del sujeto, el ente que conoce poseedor de conciencia en la cual se refleja el conocimiento.

Por esta razón, se buscará cada vez mejores estrategias participando en actividades de educación sanitaria, campañas, consejería para mejorar la prevención de cáncer de estómago, promocionando estilos de vida saludables. Es necesario extender los programas de prevención de cáncer que se ha implementado en el Hospital Regional de Ayacucho. En conclusión, podemos ver que los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho tienen un nivel de conocimiento medio con tendencia a alto sobre prevención de cáncer de estómago.

En la **tabla 3** se muestra el nivel de conocimientos según procedencia, se determinó que en los usuarios que “radican en la ciudad de Ayacucho” tienen conocimiento medio (30.3%) y alto (17.4%), los usuarios de “otro distrito y/o provincia de la región” un conocimiento medio (17.4%) y bajo (4.6%) y los usuarios de “otra región” conocimiento medio (13.8%) y alto (2.8%). Sometidos los datos estadísticos a la prueba de Chi cuadrado no presentó relación significativa ($p > 0.05$) por lo tanto, podemos inferir que el conocimiento no depende de la procedencia.

No se encontró estudios relacionados al conocimiento con procedencia, sin embargo, se señala que el mayor porcentaje de los usuarios que radican en la

ciudad de Ayacucho tienen conocimiento medio. Ello se debe a que los usuarios tienen mayor acceso a la información, ya sea por medios de comunicación o cuentan con mayor accesibilidad a un establecimiento de salud.

En la **tabla 4**, se evidencia nivel de conocimiento según edad, nuestros resultados muestran que en los usuarios del grupo etario de 35 a 43 años tienen conocimiento medio (29.4%) y alto (11.9%), los usuarios de 44 a 57 años poseen conocimiento medio (18.3%) y bajo (6.4%) y los usuarios de 57 a 80 años tienen conocimiento medio (13.8%) y alto (5.5%). Sometidos los datos estadísticos de la prueba de Chi cuadrado no presentó relación significativa ($p > 0.05$) por lo tanto, podemos inferir que el conocimiento no depende de la edad.

Al respecto, señalamos a **Jara y Peña**,¹⁹ en su trabajo de investigación *titulado "Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián; enero-febrero 2011"*, se encontró que el mayor porcentaje de conocimiento alto lo tienen las usuarias de 19 a 29 años con 25.2%, las usuarias de 30 a 39 en cambio tienen porcentaje de conocimiento medio en su mayoría llegando a formar el 56.5% y las usuarias de 40 a 49 tienen un mayor porcentaje de conocimiento bajo con 30.8%.

Los hallazgos mostrados en la presente investigación coinciden con los resultados obtenidos por el investigador anteriormente mencionados, ya que Jara y Peña señalan que las usuarias de 30 a 39 años poseen un conocimiento medio.

Por lo expuesto, se concluye que el conocimiento sobre la prevención de cáncer de estómago en los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho no depende de la edad.

En la **tabla 5**, se presenta la frecuencia del nivel de conocimientos según grado de instrucción, se determinó que los usuarios del grado de instrucción secundaria tienen conocimiento medio (23.9%), alto y bajo (7.3%), los de grado de instrucción superior poseen conocimiento medio (21.1%) y alto (10.1%) y los usuarios de grado de instrucción primaria tienen conocimiento medio (16.5%) y alto (5.5%). Sometidos los datos estadísticos a la prueba de Chi cuadrado no presentó relación significativa ($p > 0.05$) por lo tanto, podemos inferir que el conocimiento no depende del grado de instrucción.

Al respecto, **Sanguinetti**,¹⁶ en su trabajo de investigación titulado *“Evaluación de los conocimientos sobre prevención del cáncer de colón comparado con otros tumores”*, se encontró que las personas con mayor nivel educativo conocían más los tumores con estrategias preventivas (colon $P = 0,004$; mama $P < 0,0001$; Próstata $P < 0,0001$; cuello uterino $P < 0,0001$).

Por otro lado, señalamos a **Jara y Peña**,¹⁹ en su trabajo de investigación titulado *“Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián; enero-febrero 2011”*, se encontró que a mayor grado de instrucción, existen un mayor nivel de conocimientos resaltando que el 68,6% del conocimiento alto total lo representan las usuarias con grado de instrucción superior universitario, un 64.9% son de superior no universitario y tienen un conocimiento medio, mientras que el 62.5% de las usuarias con primaria tienen conocimiento bajo.

Los hallazgos mostrados en la presente investigación coinciden con los resultados obtenidos por los investigadores anteriormente mencionados, ya que Sanguinetti señala que las personas a mayor nivel educativo conocen más sobre las

estrategias preventivas de los diferentes tumores, así mismo Jara y Peña señalan que 64.9% de las usuarias de nivel superior no universitario tienen conocimiento medio.

El grado de instrucción proporciona el nivel de conocimiento intelectual de una persona, este conocimiento es la base para la toma de decisiones responsables, tanto en la búsqueda de calidad de vida y libre de enfermedades para sí mismo como para su familia.

Por lo expuesto, se concluye que el conocimiento sobre prevención del cáncer de estómago en los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, no depende del grado de instrucción.

El segundo objetivo específico de esta investigación, fue evaluar la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho. Para dar respuesta a este objetivo se seleccionó una muestra de 109 usuarios de una población de 151, obteniéndose lo siguiente:

En la **tabla 6**, se aprecia la actitud sobre la prevención del cáncer de estómago; se determinó que el 52.3% muestran una actitud “favorable”, 35.8% “indiferente” y 11.9% “muy favorable”.

Al respecto **Cueto**,¹⁸ en su trabajo de investigación titulado, “*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*”; determinó que la actitud es positiva en 83.51%.

Por otra parte **Villanueva**,¹⁷ en su trabajo de investigación titulado “*Conocimientos y actitudes sobre prevención del cáncer de estómago en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015*”, determinó que en forma global y general de las actitudes sobre la prevención del cáncer de estómago en la muestra total de estudiantes presentaron actitud positiva 54,1 % y el 45,9% presentaron actitud negativa.

Por otro lado **Quispe y Rojas**,²¹ en su trabajo de investigación titulado “*Nivel de conocimiento y su relación con la actitud de las adolescentes en la prevención del cáncer del cuello uterino de la Institución Educativa Nuestra Señora de Fátima. Ayacucho, 2012*”, determinó que el 56,8% tienen una actitud positiva en la prevención.

Los hallazgos mostrados en la presente investigación coinciden con los resultados obtenidos por los investigadores anteriormente mencionados, ya que Cueto señala que la actitud de las personas es positiva, así mismo Villanueva señala que los estudiantes muestran una actitud positiva, del mismo modo Quispe y Rojas señala que los adolescentes tienen una actitud positiva en la prevención.

La literatura bibliográfica indica que las actitudes son la predisposición, aprendidas a valorar o comportarse de una manera favorable o desfavorable de una persona, objeto o situación. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Por lo demás la familia, los amigos, los grupos de referencia, la escuela, los medios de comunicación y el trabajo son las principales agencias de socialización implicadas en la adquisición y modificación de las actitudes²⁹.

Por esta razón, se ha considerado que un tercio de las enfermedades en el mundo puede prevenirse mediante cambios en el comportamiento y actitudes respecto a la enfermedad, es decir, que muchas de nuestras enfermedades obedecen a nuestra propia voluntad.

En conclusión, podemos ver que los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho poseen una actitud favorable frente a la prevención de cáncer de estómago.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

1. Existe relación moderada (0,203) y significancia estadística ($P < 0,05$) entre el conocimiento y la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago en los usuarios que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho.
2. Los usuarios que acudieron al consultorio externo de medicina del Hospital Regional de Ayacucho en el mes de julio 2017, poseen un conocimiento “medio” y “alto” sobre la prevención del cáncer de estómago alcanzando un 61,5% y 22,9% respectivamente.
3. El nivel de conocimiento medio es más frecuente en los tres grupos sociodemográficos (procedencia, edad y grado de instrucción). Las diferencias encontradas no resultaron estadísticamente significativas, por lo tanto, se establece que el nivel de conocimientos es independiente a la procedencia, edad y grado de instrucción ($p > 0,05$).
4. En cuanto a la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago, el 52.3% presentan una actitud favorable, el 35.8% una actitud indiferente y el 11.9% una actitud muy favorable.

RECOMENDACIONES

1. Al Hospital Regional de Ayacucho especialmente a la coordinación de promoción y prevención contra el cáncer, sugerir la continuación de programas preventivos sobre el cáncer y así mismo realizar campañas de difusión por los diferentes medios de comunicación: radiales, televisivos y sport publicitario, con un lenguaje práctico y sencillo, ser innovadores en la solución del problema.
2. Al equipo profesional de salud, especialmente a los profesionales de enfermería, recibir capacitaciones permanentes para mejorar la atención a los usuarios para así planear y ejecutar actividades preventivo-promocionales concientizando a la población en cuidar su salud, enfocándose en enfermedades de mayor incidencia como es el cáncer de estómago, para así mejorar la salud; la prevención de cáncer de estómago.
3. A la facultad de Ciencias de la Salud, sugerir a las autoridades en coordinación con los docentes y estudiantes se realice campañas de actividades preventivo promocionales por lo menos de forma semestral para que de esta manera la población se empodere de los conocimientos y así prevenir las altas tasas de incidencia de cáncer de estómago.

4. Es importante dar a conocer los resultados de esta investigación a la población con el fin de que tomen conciencia acerca de la prevención del cáncer de estómago.
5. A los estudiantes de enfermería continuar con el desarrollo de la investigación ya sea en la misma población o en diferente población sobre prevención de cáncer de estómago, para así mejorar y actualizar la investigación realizada.

LIMITACIONES:

En la ejecución del estudio surgió la siguiente limitación:

- La interrupción abrupta de la recolección de datos, debido a falta de atención en el consultorio externo de medicina por la huelga médica.
- La negativa de pacientes para participar en la entrevista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. 2015 [citado el 3 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
2. American Cancer Society. Cáncer de estómago: Guía detallada [Internet]. 2016 [citado el 16 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeestomago/guiadetallada/span-df-stomach-page1>
3. Guías diagnósticas 2013. Cáncer de estómago [Internet]. Vol. Versión 1. 2013. México; [citado el 18 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/onco/guias/cancer_Estomago.pdf
4. Pinillos L, Limache A. Contribuciones de la Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(1):99–104.
5. Correa P. Cáncer gástrico: una enfermedad infecciosa. Rev Colomb Cir. junio de 2011;26(2):111–7.
6. World Health Organization. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. [citado el 16 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/home>
7. Observatorio del Cáncer aecc y el Instituto de Salud Carlos III. OncoBarómetro, actitudes ante la información sobre cáncer [Internet]. 2012 [citado el 16 de diciembre de 2016]. Disponible en:
https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/Actitudes_informacion_cancer.pdf
8. MINSA: Ministerio de Salud. Plan Esperanza [Internet]. 2015 [citado el 11 de mayo de 2017]. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/esperanza/?pg=2>
9. MINSA: Ministerio de Salud. Comer saludable disminuye las probabilidades de padecer cáncer de estómago [Internet]. 2015 [citado el 11 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16402>
10. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2014 [Internet]. 2015 [citado el 11 de mayo de 2017]. Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf

11. 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 [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011 [citado el 16 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1141/1/Cutipa_ck.pdf
12. DIRESA: Dirección Regional de Salud Ayacucho. Análisis de Situación de Salud de la región Ayacucho 2013.
13. Red de Salud Huamanga 2015. Análisis de Situación de Salud.
14. American Cancer Society. Preguntas que la gente hace sobre el cáncer [Internet]. [citado el 6 de enero de 2017]. Disponible en:
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/aspectosbasicossobreeelcancer/preguntas-que-la-gente-hace-sobre-el-cancer>
15. American Cancer Society. ¿Cómo puedo enfrentar al cáncer? [Internet]. [citado el 6 de enero de 2017]. Disponible en:
<http://www.cancer.org/espanol/servicios/comocomprendersudiagnostico/fragmentado/despues-del-diagnostico-una-guia-para-los-pacientes-y-sus-familias-how-do-i-cope>
16. Sanguinetti J, Henry N, Ocaña D, Lotero J. Evaluación de los conocimientos sobre prevención del cáncer de colon comparado con otros tumores. Rev ACTA. 2015; 45:122–8.
17. Villanueva M. Conocimientos y actitudes sobre prevención del cáncer de estómago en estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015. Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería [Internet]. [Huánuco]: Universidad de Huánuco; 2016 [citado el 31 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/229/T_047_46987029_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. 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 [Internet]. [Arequipa-Perú]: Universidad Católica de Santa María; 2016 [citado el 14 de noviembre de 2017]. Disponible en:

- <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5738/60.1371.E N.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Jara A, Peña S. Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en usuarias de 19 a 49 años del Centro de Salud San Sebastián; enero - febrero 2011. Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia [Internet]. [Lima- Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011 [citado el 6 de agosto de 2017]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3021/1/Jara_ra.pdf
 20. Valdez C. Conocimiento sobre el cáncer de colon y sus medidas preventivas en una población de choferes. Empresa de trasportes y servicios especiales sur Lima. Universidad Nacional de San Marcos. Chorillos, 2010 [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011 [citado el 14 de noviembre de 2017]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1319/1/Valdez_jc.pdf
 21. Quispe J, Rojas N. Nivel de conocimiento y su relación con la actitud de las adolescentes en la prevención del cáncer del cuello uterino de la institución educativa Nuestra Señora de Fátima. Ayacucho. 2012. Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería. [Ayacucho-Perú]: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2013.
 22. Segarra M, Bou J. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Rev Econ Empresa. 2004; 22(52):175–96.
 23. Hessen J. Teoría del conocimiento. Lima – Perú: Printed; 2008.
 24. Bunge M. La ciencia, su método y su filosofía. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte; 1997.
 25. Rosental M, Ludin P. Diccionario Filosófico. Montevideo: Ediciones Pueblos Unidos; 1965.
 26. Enfoque teórico de la investigación [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<https://elcomunicativo.files.wordpress.com/2012/07/enfoque-tec3b3rico-de-la-investigacic3b3n.pdf>
 27. Andreu R, Sieber S. La Gestión Integral del Conocimiento y del Aprendizaje [Internet]. 2000 [citado el 17 de abril de 2017]. Disponible en:
<https://es.scribd.com/document/3005443/GESTIONINTEGRALDELCONOCIMIENTO-Y-DEL-APRENDIZAJE>

28. Martínez A, Ríos F. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado [Internet]. Chile; 2006 [citado el 17 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/101/10102508.pdf>
29. Grajales A, Negri N. Manual de introducción al pensamiento científico [Internet]. 1ra ed. La Plata; 2017 [citado el 17 de agosto de 2017]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/60315/Documento_completo___.pdf-PDFA.pdf?sequence=3
30. Mejía E, Bravo J. Metodología de la Investigación Científica [Internet]. 2005 [citado el 26 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/56942915/Libro-Metodologia-de-LaInvestigacion2005>
31. Ortego M, López S, Álvarez M. Tema 4. Las actitudes. En: Ciencias Psicosociales I [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2016]. p. 29. Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_04.pdf
32. Sánchez S, Meza M. Construcción de escalas para la evaluación de actitudes. En: Actitudes hacia la tolerancia y la cooperación [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2016]. 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. Tomado de diferentes autores. Las actitudes. Revista EDU-FISICA [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2016]; Periodicidad Trimestral. Disponible en: <http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>
35. NIH: Instituto Nacional del Cáncer. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. National Cancer Institute. [citado el 1 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
36. INC: Instituto Nacional del Cáncer. Manual de Enfermería Oncológica [Internet]. [citado el 11 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt08manual%20enfermeria_08-03.pdf
37. Seminario optativo enfermería oncológica [Internet]. [citado el 1 de enero de 2017]. Disponible en:

<http://med.unne.edu.ar/enfermeria/catedras/oncologia/clases/005.pdf>

38. INEN: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de práctica clínica del cáncer de estómago [Internet]. Lima – Perú; 2013 [citado el 17 de diciembre de 2016]. 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>
39. González C. Cáncer gástrico: Factores de riesgo, carcinogénesis, bases moleculares. G E N. septiembre de 2010; 64(3):214–20.
40. Guzmán S, Norero E. Cáncer gástrico. Rev Médica Clínica Las Condes. 2014; 25(1):105–13.
41. Fuentes E, Camorlinga M, Maldonado C. Infección, inflamación y cáncer gástrico. Salud Pública México. Octubre de 2009; 51(5):427–33.
42. Barboza E. Cáncer de estómago. Rev Medica Hered. Abril de 1996; 7(2):87–100.
43. 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 18 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.irennorte.gob.pe/pdf/doctec/d0001.pdf>
44. Hernández R, López L. Dieta y cáncer gástrico en México y en el mundo. Salud Pública México. Octubre de 2014; 56(5):555–60.
45. Ramírez A, Sánchez R. Helicobacter pylori y cáncer gástrico. Rev Gastroenterol Perú. Julio de 2008; 28(3):258–66.
46. Subirat L, Guillén D. Algunas consideraciones actuales sobre el Cáncer Gástrico. Rev Arch Méd Camagüey. Abril de 2011; 15(2):400–11.
47. Espejo H, Navarrete J. Clasificación de los Adenocarcinomas de estómago. Rev Gastroenterol Perú. 2003; 23(3):199–212.
48. Gómez M, Riveros J, Otero W. Cáncer gástrico temprano vs. avanzado: ¿existen diferencias? Rev Univ Ind Santander Salud. Abril de 2015; 47(1):7–13.
49. Viúdez A, Miranda C, Arias F, Hernández I, Artajona A, Díaz A, et al. Current management of gastric cancer. Rev Esp Enfermedades Dig. Marzo de 2012; 104(3):134–41.
50. Czeresnia D. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia__dina__el__conc

epto_de_salud_y_la_diferencia_entre_prevenion_y_promocion_.CONCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVENCION.pdf

51. OMS: Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud : glosario. 1998 [citado el 20 de agosto de 2017]; Disponible en:
<http://www.who.int/iris/handle/10665/67246>
52. Terris M. Conceptos sobre Promoción de la Salud. Dualidades en la Teoría de la Salud Pública. [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<http://200.11.218.113/normativa/documentos/1Dise%C3%B1o/7PLANIFICACION%3%93N%20DOCENTE%20DEL%20CURSO%202013/6SEXTO%20A%C3>
53. SEMAP: Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria. El papel de la enfermera familiar y comunitaria en la cronicidad [Internet]. 2013 [citado el 18 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://www.semap.org/docs/CUADERNOS_SEMAP_El_papel_de_la_EFyC_en_la_cronicidad.pdf
54. 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.
55. Clínica Las Condes. Prevenir el cáncer: se puede [Internet]. [citado el 18 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-YESPECIALIDADES/Centros/CentroClinicodelCancer/Noticias/Tepuedeinteresarse/Prevenir-el-cancer--se-puede.aspx>
56. Hall J, Weaver B. Enfermería en salud comunitaria: Un enfoque de sistemas [Internet]. Segunda Edición. Washington: OPS; 1990 [citado el 26 de diciembre de 2016]. 764 p. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3281>
57. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica. Cáncer gástrico [Internet]. 2015 [citado el 18 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<https://www.seom.org/en/informacionsobreelcancer/infotiposcancer/digestivo/estomago?start=5>

58. aecc: Asociación Española Contra el Cáncer. Cáncer de estómago [Internet]. Wikipedia, la enciclopedia libre. 2016 [citado el 26 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdeestomago/Paginas/diagnosticoprecoz.aspx>
59. Calvo A. Diagnóstico precoz del cáncer gástrico estrategias de prevención secundaria y dificultades del diagnóstico de lesiones precoces. *Rev Médica Clínica Las Condes*. El 10 de julio de 2011; 477–84.
60. Vargas Z. La investigación aplicada: Una forma de conocer las realidades con evidencia científica. 2009; 33(1):155–65.
61. Burns N, Grove S. *Investigación en enfermería*. Elsevier España; 2004. 580 p.
62. Canales F, Alvarado E, Pineda E. *Metodología de la investigación*. 2º Edición. Washington. EUA; 1994. 232 p.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE CÁNCER DE ESTÓMAGO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE CÁNCER DE ESTÓMAGO

PRESENTACIÓN:

Estimado usuario del Hospital Regional de Ayacucho, somos egresadas de Enfermería de la 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 Hospital Regional de Ayacucho, 2017”. La presente entrevista estructurada tiene como propósito, determinar conocimientos y actitudes frente a la prevención de cáncer de estómago en el Hospital Regional de Ayacucho.

El instrumento de recolección es completamente anónimo y los datos serán usados 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.

Cordialmente agradezco su participación.

I. 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. ¿Usted ha escuchado sobre el cáncer de estómago?

Si ()

No ()

Si es SI, ¿Qué es el cáncer de estómago?

- a) Crecimiento anormal de células en el estómago ()
- b) Una tumoración maligna en el estómago ()
- c) Una enfermedad contagiosa ()
- d) Una herida en el estómago ()

2. ¿Tiene información qué alimentos en exceso tiene relación con el cáncer de estómago?

Si ()

No ()

Si es SI, ¿Qué alimentos?

- a) Frituras (papas, carnes, etc) ()
- b) Embutidos (salchichas, jamón, etc) y ahumados ()
- c) Alimentos salados y picantes ()
- d) Alimentos enlatados ()
- e) Frutas y Verduras ()

3. ¿Qué 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 ()

4. A parte de los hábitos de consumo, ¿Conoce qué otras prácticas puedan generar cáncer de estómago?

Si ()

No ()

Si es SI, ¿Cuáles son?

- a) Trabajar en llanterías, zapaterías, herrerías, curtidería. ()
- b) Exposición y consumo de agua contaminada ()
- c) Padecer de una gastritis-úlceras gástricas ()
- d) Falta de actividad física ()
- e) Uso excesivo de medicamentos ()

5. ¿Considera que tener antecedentes familiares con cáncer de estómago representa un riesgo para usted?

Si ()

No ()

6. ¿Tienes conocimiento que algún microbio específico está relacionado con el cáncer de estómago?

Si ()

No ()

Si es SI, ¿Qué microbio es?

- a) Helicobacter Pylori ()
- b) **Salmonella** ()
- c) **H1N1** ()
- d) **Vibrio Cholerae** ()

7. ¿Cuáles son los signos y síntomas de cáncer de estómago?

- a) Dolor abdominal ()
- b) Hinchazón abdominal ()
- c) Náuseas y vómitos ()
- d) Pérdida de peso ()
- e) Acidez estomacal (vinagreras) ()

8. ¿Sabes que alimentos son buenos para prevenir el cáncer de estómago?

- a) Frutas (naranja, papaya,..) ()
- b) Verduras (zanahoria, brócoli...) ()

- c) Lácteos ()
- d) Alimentos con alto contenido en grasas ()
- e) Comidas saladas ()

9. ¿De qué manera se podría prevenir el cáncer de estómago?

- a) Información y educación ()
- b) Mejorar hábitos alimenticios ()
- c) Medidas de higiene ()
- d) Control médico ()
- e) Reducir los hábitos nocivos ()

10.

10.1 Según usted, ¿Con qué exámenes se puede detectar a tiempo el cáncer de estómago?

- a) Endoscopia ()
- b) Biopsia ()
- c) Ecografía ()
- d) Tomografía ()
- e) Radiografía ()

10.2 Para usted, ¿en qué consiste la Endoscopia y la Biopsia?

Valor	Puntaje
Alto	(16 – 20 puntos)
Medio	(11 - 15 puntos)
Bajo	(0 – 10 puntos)

Fuente: Instrumento elaborado por las autoras

ANEXO 2
CUESTIONARIO TIPO LIKERT SOBRE CÁNCER DE ESTÓMAGO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A LA PREVENCIÓN DEL
CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL
REGIONAL DE AYACUCHO, 2017”**

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 las respuestas que usted considere correcta, según la leyenda descrita:

LEYENDA:

Totalmente en desacuerdo = TD

En desacuerdo = ED

Indiferente (ni acuerdo ni desacuerdo) = NAD

En Acuerdo =EA

Totalmente de Acuerdo = TA

Cordialmente agradezco su participación.

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 automedico cuando me fastidia el estómago.					
4	Solo voy al médico cuando el dolor de estómago no 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 estómago, pero no le tomo importancia.					
13	Acostumbro lavar las manos y alimentos antes de comer.					
14	Estoy dispuesto a acudir al Médico si presento molestias en el estómago.					
15	Estoy interesado en recibir información sobre el cáncer de estómago.					
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 endoscopia y biopsia como prevención.					

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

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

Fuente: Instrumento elaborado por las autoras.

ANEXO 3
FICHA DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

FICHA 1:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS

INFORME DE JUICIOS DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: *VALENZUELA ESCLAVA WALTER*
 1.2. Especialidad: *GASTROENTEROLOGO*
 1.3. Institución donde labora: *HOSPITAL REGIONAL AYACUCHO*
 1.4. Título de la investigación:

"Conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017"

1.5. Denominación de los instrumentos:

- Cuestionario impreso que explora los conocimientos sobre el cáncer de estómago.
- Cuestionario tipo Likert, mediante el cual se determinará las actitudes frente al cáncer de estómago.

1.6. Autores del instrumento:

- BENDEZU LOPEZ, Stysse Lady (Tesisista)
- PAMPA CHILLCCE, Katia María (Tesisista)

II. APRECIACIÓN DEL EXPERTO

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido	1.No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2.Bajo nivel	El ítem tiene una alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este.
	3.Moderado nivel <i>X</i>	El ítem es relativamente importante.
	4.Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con	1.No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.

la dimensión o indicador que está midiendo	2. Bajo nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3. Moderado nivel <input checked="" type="checkbox"/>	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4. Alto nivel	El ítem tiene relación lógica con la dimensión.
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión, bastan para obtener la medición de esta	1. No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
	2. Bajo nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total.
	3. Moderado nivel <input checked="" type="checkbox"/>	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes.
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras que utilizan de acuerdo a su significado o por la ordenación de los mismos.
	3. Moderado nivel <input checked="" type="checkbox"/>	Se requiere una modificación muy específica de algunos términos de ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.

2.2 DECISIÓN DEL EXPERTO

Los instrumentos deben ser aplicados:

- a. Si
b. No

Ayacucho, a los 27 días del mes de JUNIO de 2017

Dr. Walter Valenzuela Estayo
ASTROENTERÓLOGO ENDOSCOPISTA
C.M.P. N.º 067 - C.A.N.E. 17034

SELLO Y FIRMA

DNI N°: 28311082
MÓVIL: 966650845

Ficha 2:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS

INFORME DE JUICIOS DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: *Motta Escobar, Karim*
- 1.2. Especialidad: *Medico - General.*
- 1.3. Institución donde labora: *Hospital Regional de Ayacucho.*
- 1.4. Título de la investigación:
"Conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017"
- 1.5. Denominación de los instrumentos:
- Cuestionario impreso que explora los conocimientos sobre el cáncer de estómago.
- Cuestionario tipo Likert, mediante el cual se determinará las actitudes frente al cáncer de estómago.
- 1.6. Autores del instrumento:
- BENDEZU LOPEZ, Stysse Lady (Tesisista)
- PAMPA CHILLCCE, Katia María (Tesisista)

II. APRECIACIÓN DEL EXPERTO

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido	1.No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2.Bajo nivel	El ítem tiene una alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este.
	3.Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4.Álto nivel ✓	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con	1.No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.

la dimensión o indicador que está midiendo	2. Bajo nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4. Alto nivel ✓	El ítem tiene relación lógica con la dimensión.
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión, bastan para obtener la medición de esta	1. No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
	2. Bajo nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total.
	3. Moderado nivel ✓	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes.
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras que utilizan de acuerdo a su significado o por la ordenación de los mismos.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos términos de ítem.
	4. Alto nivel ✓	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.

2.2 DECISIÓN DEL EXPERTO

Los instrumentos deben ser aplicados:

- a. Sí
- b. No

Ayacucho, a los 24 días del mes de Junio de 2017


 Dra. Karla María Escobar
 SEPTOR PREVENTIVO
 ONCOLÓGICO ESPECIALIZADO
 C.M.P. 50292
SELLO Y FIRMA

DNI N°: 21555228
 MÓVIL: 966025998

Ficha 3:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS

INFORME DE JUICIOS DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y nombres del experto:

JOISEL SAUJE FERRER

1.2. Especialidad:

TIPOLOGIA CIRUJANO

1.3. Institución donde labora:

HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO

1.4. Título de la investigación:

"Conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017"

1.5. Denominación de los instrumentos:

- Cuestionario impreso que explora los conocimientos sobre el cáncer de estómago.
- Cuestionario tipo Likert, mediante el cual se determinará las actitudes frente al cáncer de estómago.

1.6. Autores del instrumento:

- BENDEZU LOPEZ, Stysse Lady (Tesisista)
- PAMPA CHILLOCE, Katia María (Tesisista)

II. APRECIACIÓN DEL EXPERTO

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido	1.No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2.Bajo nivel	El ítem tiene una alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este.
	3.Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4.Álto nivel ✓	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con	1.No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.

la dimensión o indicador que está midiendo	2. Bajo nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3. Moderado nivel ✓	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4. Alto nivel	El ítem tiene relación lógica con la dimensión.
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión, bastan para obtener la medición de esta	1. No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
	2. Bajo nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total.
	3. Moderado nivel ✓	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes.
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras que utilizan de acuerdo a su significado o por la ordenación de los mismos.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos términos de ítem.
	4. Alto nivel ✓	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.

2.2 DECISIÓN DEL EXPERTO

Los instrumentos deben ser aplicados:

- a. Sí ()
 b. No ()

Ayacucho, a los 18 días del mes de Junio de 2017


 Moisés Sanja Dávalos
 MEDICO CIRUJANO
 CRM 70528
SELLO Y FIRMA

DNI N°:
 MÓVIL:

43643798

Ficha 4:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS

INFORME DE JUICIOS DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: *Aguirre Anderson Mangino*
- 1.2. Especialidad: *Salud Pública*
- 1.3. Institución donde labora:
- 1.4. Título de la investigación:
"Conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017"
- 1.5. Denominación de los instrumentos:
- Cuestionario impreso que explora los conocimientos sobre el cáncer de estómago.
- Cuestionario tipo Likert, mediante el cual se determinará las actitudes frente al cáncer de estómago.
- 1.6. Autores del instrumento:
- BENDEZU LOPEZ, Stysse Lady (Tesisista)
- PAMPA CHILLCCE, Katia María (Tesisista)

II. APRECIACIÓN DEL EXPERTO

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido	1.No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2.Bajo nivel	El ítem tiene una alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este.
	3.Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4.Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con	1.No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.

la dimensión o indicador que está midiendo	2. Bajo nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4. Alto nivel	El ítem tiene relación lógica con la dimensión.
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión, bastan para obtener la medición de esta	1. No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
	2. Bajo nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden con la dimensión total.
	3. Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes.
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, sus sintácticas y semánticas son adecuadas	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras que utilizan de acuerdo a su significado o por la ordenación de los mismos.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos términos de ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.

2.2 DECISIÓN DEL EXPERTO

Los instrumentos deben ser aplicados:

- a. Si (/)
 b. No ()

Ayacucho, a los 04 días del mes de junio de 2017

Mánglio Aguirre Andrade
 DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

SELLO Y FIRMA

DNI N°: 28445164
 MÓVIL:

ANEXO 4
Prueba de fiabilidad

Para determinar la fiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 20 usuarios, y se midió con la prueba estadística de Alfa de Cronbach.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.845	20

La prueba estadística de Alfa de Cronbach es 0,845, por lo tanto, es considerado como un instrumento aceptable.

ANEXO 5

Oficio de Autorización para desarrollo de trabajo de investigación



Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

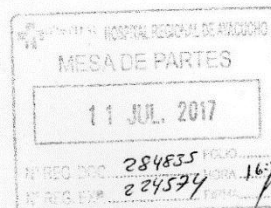
“Año del Buen Trato al Ciudadano”

Ayacucho, julio 10 de 2017

OFICIO N° 026 -2017-FCSA-UNSC/D

Señor:
Dr. JHON CHACHI GONZALES NAVARRO
Director del Hospital Regional de Ayacucho

CIUDAD.-



ASUNTO: Autorización para desarrollo de trabajo de investigación.

Es grato dirigirme a usted a nombre de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, con la finalidad de presentar a las egresadas de la Escuela Profesional de Enfermería **Stysse Lady BENDEZU LOPEZ** y **Katia María PAMPA CHILLCCE** quienes estarán ejecutando el Proyecto de Tesis titulado: “Conocimiento y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en los usuarios que Acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017”.

Por lo cual solicito a usted autorizar y brindar facilidades para que accedan a las Fichas de Investigación Clínica y otras informaciones necesarias para concluir con el trabajo de investigación mencionado.

Seguro de contar con su apoyo, aprovecho la circunstancia para manifestarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,

UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Emilio G. Ramírez Roca
DECANO

c. c.
Archivo
ERR/emch

ANEXO 6

Carnet de identificación para desarrollo de trabajo de investigación en
Hospital Regional de Ayacucho

HOSPITAL REGIONAL
HRA
Ayacucho

TESISTA

STYSSE LADY BENDEZU LOPEZ



Institución : UNSCH
Programa : ENFERMERIA PRE GRADO
Servicio : MEDICINA- CONS.EXT
Inicio: 18/07/2017 Término: 18/ 08/2017.

REGIONAL DE AYACUCHO
EFATURA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO
UNIDAD DE DESEMPEÑO INVESTIGADOR Y CIRCUNDA
Dr. David Laura De La Cruz
C.M. : 23804
RNE : 8599
JEFE

CODIGO: 0856

HOSPITAL REGIONAL
HRA
Ayacucho

TESISTA

KATIA MARIA PAMPA CHILLCCE



Institución : UNSCH
Programa : ENFERMERIA PRE GRADO
Servicio : MEDICINA- CONS.EXT
Inicio: 18/07/2017 Término: 18/ 08/2017.

REGIONAL DE AYACUCHO
EFATURA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO
UNIDAD DE DESEMPEÑO INVESTIGADOR Y CIRCUNDA
Dr. David Laura De La Cruz
C.M. : 23804
RNE : 8599
JEFE

CODIGO: 0857-17

ANEXO 7

Entrevistas realizadas a usuarios del consultorio externo de medicina del Hospital Regional de Ayacucho, julio del 2017



ANEXO 8

Matriz de consistencia

“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN USUARIOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2017”

TITULO	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DISEÑO METODOLOGICO
<p>Conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre los conocimientos y actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS: -Evaluar el nivel de conocimientos frente a la prevención del cáncer de estómago, según procedencia, edad y grado de instrucción, de los usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017. -Evaluar la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.</p>	<p>-Hi: El nivel de los conocimientos se relaciona con la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.</p> <p>-Ho: El nivel de los conocimientos no se relaciona con la actitud frente a la prevención del cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital Regional de Ayacucho, 2017.</p>	<p>-VI: Conocimientos</p> <p>-VD: Actitudes frente a la prevención de cáncer de estómago.</p>	<p>-TIPO DE ESTUDIO: Aplicativa</p> <p>-AREA DE ESTUDIO: El área de estudio fue el Consultorio externo de Medicina del Hospital Regional de Ayacucho.</p> <p>-POBLACIÓN: La población fue constituida por 151 usuarios del Consultorio externo de Medicina del Hospital Regional de Ayacucho.</p> <p>-MUESTRA: La muestra estuvo constituida por 109 usuarios que acudieron al Servicio de Consultorio Externo de Medicina del Hospital Regional de Ayacucho durante el mes de julio de 2017</p> <p>TIPO DE MUESTREO: Probabilístico aleatorio simple</p> <p>UNIDAD DE ANALISIS: Usuario del Consultorio externo de Medicina del Hospital Regional de Ayacucho.</p> <p>-TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS: La entrevista estructurada</p> <p>-INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de conocimientos sobre cáncer de estómago • Escala de actitudes sobre el cáncer de estómago