



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>



**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

**“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**

TESISTA:

Bach. VILLANUEVA RIVERA, Marylia Estefany

ASESOR:

Lic. BARRUETA SANTILLAN, David

HUÁNUCO - PERÚ

2016



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 9:00 horas del día 19 del mes de diciembre del año dos mil dieciséis, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:


- | | |
|--|------------|
| • Mg. Amalia Verónica Leiva Yaro | Presidenta |
| • Lic. Enf. Bertha Serna Román | Secretaria |
| • Lic. Enf. Violeta Gloria Comejo Venancio | Vocal |

Nombrados mediante Resolución N°2138-2016-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitolado: "CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO EN ESTUANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO, 2015", presentada por la Bachiller en Enfermería Srta. Marylía Estefany VILLANUEVA RIVERA, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobado por unanimidad con el calificativo cuantitativo de Dieciséis y cualitativo de Bueno.

Siendo las 11:00 horas del día 19 del mes de Diciembre del año 2016, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

Dedicatoria:

Con mucho amor y cariño, dedico el presente trabajo a mis padres y familiares por su apoyo en estos años de formación.

AGRADECIMIENTO

A la Directora de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, por las facilidades brindadas para la ejecución del presente trabajo de investigación.

A todos los alumnos de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco quienes fueron sujetos de análisis en esta investigación, por su apoyo y colaboración.

A los docentes, de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, por su orientación y conocimiento transmitido.

A todas las personas que de una u otra manera colaboraron y apoyaron desinteresadamente en la realización del presente trabajo de investigación.

RESUMEN

Objetivo general: Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Métodos: Se realizó un estudio relacional, realizado a 229 estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, durante el año lectivo 2015. Se empleó dos guías de entrevista en la recolección de datos.

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

Conclusiones: En conclusión de acuerdo a la Hipótesis de investigación planteada en el presente estudio se rechaza la hipótesis nula y se acepta la de investigación en donde se refiere a que existe relación entre los conocimientos y las actitudes de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la universidad de Huánuco en el 2015.

Palabras clave; *Conocimiento, actitudes, cáncer de estómago.*

ABSTRACT

Objective: To establish the relationship between the level of knowledge and attitudes about the prevention of stomach cancer nursing students at the University of Huanuco, 2015.

Methods: A relational study, 229 students of the Professional Academic School of Nursing at the University of Huanuco, during the school year 2015. Two interview guide was used in data collection was performed.

Results: There is a relationship between the level of knowledge and attitudes about the prevention of stomach cancer nursing students at the University of Huánuco, which was determined by chi-square test where a calculated value was found ($\chi^2 = 2.70$; $P < 0.047$) so that the research hypothesis is accepted, it indicates that there is relationship between knowledge and attitudes towards prevention of stomach cancer nursing students at the University of Huánuco 2015.

Conclusions: In conclusion according to the research hypothesis proposed in this study, the null hypothesis is rejected and accepted the research which refers to that there is a relationship between knowledge and attitudes of preventing stomach cancer in students nursing of the university of Huánuco in 2015.

Keywords : *Knowledge, attitudes, stomach cancer.*

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico constituye el 95% de las neoplasias malignas del estómago. Se reporta como la segunda causa de muerte a nivel mundial con aproximadamente 600,000 muertes al año. La OMS en su informe cáncer en Latinoamérica y el Caribe 2012 señala “Los tipos principales de cáncer que contribuyen a la mortalidad general por cáncer cada año son: cáncer de pulmón (1,4 millones defunciones/año), cáncer de estómago (866.000 defunciones), cáncer hepático (653.000 defunciones), cáncer de colon (677.000 defunciones), cáncer de mama (548.000 defunciones). Esto nos deja ver que el cáncer de estómago es la segunda causa de muerte más frecuente ⁽¹⁾.

La Revista de Gastroenterología de Colombia, en el año 2012, al respecto señala “El cáncer gástrico (CG) sigue siendo uno de los cánceres más letales y a pesar de la reducción en incidencia, este sigue ocupando el segundo lugar en el mundo con 700.000 muertes anuales. La distribución geográfica del CG está caracterizada por una amplia variación, registrando la más alta incidencia en regiones como Asia Oriental (Japón y China), Europa Oriental, Centroamérica y Latinoamérica, mientras que baja incidencia se registra en Asia del Sur, el Norte y Este de África, Norte América, Australia y Nueva Zelanda. La distribución de tasas de morbilidad por esta enfermedad varía según zonas geográficas, en Japón donde se encuentra una las tasas más altas de incidencia, es notable la diferencia en cuanto al diagnóstico

temprano, siendo más del 50% de los casos encontrados en estadio tempranos ⁽²⁾.

El Ministerio de Salud (MINSA) en el estudio por carga de enfermedad publicado en el 2010, señala que las enfermedades no transmisibles representan el 60.1% de la causa de años de vida saludables perdidos (AVISA). En este estudio se ha estimado que el año 2010 en el Perú se han perdido 377,850 AVISA por el cáncer y representa el 8% del total de la carga de enfermedad del país. Las causas de mayor carga por cáncer son el cáncer de estómago, cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, leucemias, cáncer de hígado y pulmón ⁽³⁾.

Los casos de cáncer en el Perú se han incrementado, pese a los nuevos programas de salud y el seguro médico lanzado por el gobierno. Las estadísticas mantienen un ligero crecimiento. En 2012, aparecieron 43 mil nuevos casos y en 2013 más de 45 mil. En esa línea, los especialistas del Centro Oncológico Aliada creen que en 2020 habrá 120 mil casos anuales ⁽⁴⁾.

El presente trabajo de investigación está dividido en cinco capítulos: el primer capítulo trata sobre el problema de investigación; el segundo capítulo aborda los fundamentos teóricos de los conocimientos y actitudes hacia el cáncer de estómago; el tercer capítulo se refiere a los aspectos metodológicos utilizados, se explican las técnicas empleadas en la recolección de información así como el procesamiento de la misma; el cuarto capítulo aborda los resultados de

esta investigación y el quinto capítulo trata sobre la discusión de los resultados, conclusiones y recomendaciones.

ÍNDICE GENERAL DEL CONTENIDO

CAPÍTULO I	Pág.
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Descripción del problema	11
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Objetivos	16
1.4. Hipótesis	17
1.5. Identificación de variables	18
1.6. Operacionalización de variables	19
1.7. Justificación de la investigación	21
1.7.1. A nivel teórico	21
1.7.2. A nivel práctico	21
1.7.3. A nivel metodológico	21
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 . Antecedentes de investigación	23
2.2 . Bases teóricas	30
2.3 . Bases conceptuales	33
CAPÍTULO III	
3. MARCO METODOLÓGICO	
3.1 . Tipo de estudio	47
3.2 . Diseño de estudio	47
3.3 . Población	47
3.4 . Muestra y muestreo	49
3.5 . Técnicas e instrumentos utilizados en la investigación	51
3.6 . Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos	53
3.7 . Procedimientos de recolección de datos	54
3.8 . Elaboración de datos	54
3.9 . Análisis e interpretación de datos	55
3.10. Consideraciones éticas	55

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivo	57
4.2. Resultados inferencial	74

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

5.1 . Discusión de los resultados	80
Conclusiones	85
Recomendaciones	89
Referencias bibliográficas	91
Anexos	95

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION.

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “El cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, en el 2013 La enfermedad fue responsable de 9,3 millones de defunciones (alrededor de 15% de todas las muertes en todo el mundo) ⁽⁵⁾.

El cáncer presenta una gran carga de morbi-mortalidad a nivel mundial. Según la Organización mundial de la salud (OMS) en el 2014⁽⁶⁾, se estima que más de 15 millones de casos nuevos de cáncer ocurrirán en 2020. Cerca del 60% de los casos nuevos se dan en las regiones menos desarrolladas. Acorde a las cifras, en los países más desarrollados se presentan 4,7 millones de casos, mientras que en los países menos desarrollados se presentan 5,5 millones, generando un promedio de 10 millones de casos nuevos anuales de cáncer a nivel mundial.

El cáncer gástrico constituye el 95% de las neoplasias malignas del estómago. Se reporta como la segunda causa de muerte a nivel mundial con aproximadamente 600,000 muertes al año. El término “cáncer” se utiliza como el nombre general para referirse a un grupo de más de cien enfermedades en las cuales las células en una parte del cuerpo comienzan a crecer sin control. Aunque existen muchos tipos de cáncer, todos comienzan debido al crecimiento sin control de las células anormales. El cáncer de estómago está referido al cáncer que se origina

en el estómago. Éstos pueden crecer a través de la pared del estómago e invadir los órganos cercanos. Cuando el cáncer de estómago se torna más avanzado, puede desplazarse a través del torrente sanguíneo y propagarse (metástasis) a órganos como el hígado, los pulmones y los huesos. Los cánceres del estómago tienden a desarrollarse lentamente en un período de muchos años. Antes de que se forme un verdadero cáncer, a menudo ocurren cambios precancerosos en el revestimiento del estómago. La OMS en su informe cáncer en Latinoamérica y el Caribe 2012 señala “Los tipos principales de cáncer que contribuyen a la mortalidad general por cáncer cada año son: cáncer de pulmón (1,4 millones defunciones/año), cáncer de estómago (866.000 defunciones), cáncer hepático (653.000 defunciones), cáncer de colon (677.000 defunciones), cáncer de mama (548.000 defunciones)”⁽⁷⁾

La Revista de Gastroenterología de Colombia, en el año 2012, al respecto señala “El cáncer gástrico (CG) sigue siendo uno de los cánceres más letales y a pesar de la reducción en incidencia, este sigue ocupando el segundo lugar en el mundo con 700.000 muertes anuales. La distribución geográfica del CG está caracterizada por una amplia variación, registrando la más alta incidencia en regiones como Asia Oriental (Japón y China), Europa Oriental, Centroamérica y Latinoamérica, mientras que baja incidencia se registra en Asia del Sur, el Norte y Este de África, Norte América, Australia y Nueva Zelanda. La distribución de tasas de morbilidad por esta enfermedad varía según zonas geográficas, en Japón donde se encuentra una las tasas más altas

de incidencia, es notable la diferencia en cuanto al diagnóstico temprano, siendo más del 50% de los casos encontrados en estadio tempranos ⁽⁸⁾.

Según estadísticas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), 2011 señalan en cuanto a morbilidad que el cáncer de estómago es la neoplasia más frecuente encontrada en los hombres, seguido por el cáncer de próstata y pulmón, mientras que en mujeres ocupa el tercer lugar antecedido por el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama ⁽⁹⁾.

La Coalición Multisectorial Perú contra el Cáncer 2010 señala “En ambos sexos, es el cáncer de estómago la causa mayor de muertes y le siguen en orden de importancia hígado y vías biliares, pulmón, cérvix, próstata, mama, tumor de origen incierto, colon, leucemia y cáncer de páncreas”. Estos datos nos indican que también en el Perú, el cáncer de estómago, independiente del género afectado, es una de las primeras causas de morbimortalidad. El Cáncer de estómago es una enfermedad multifactorial que depende fundamentalmente de tres factores que son: el agente, genéticos del huésped y medioambientales como poca ingesta de verduras y frutas frescas, alta ingesta de sal, tabaquismo, etc. Se desarrolla a través de un proceso de múltiples pasos que puede durar hasta 20 o más años y aparece en estómagos que tienen gastritis atrófica y metaplasma intestinal. El principal agente etiológico del Cáncer de estómago distales o no cordiales, y de los linfomas tipo MALT es *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). La alta morbimortalidad de este tumor, se debe fundamentalmente al diagnóstico tardío, cuando el tumor está en

estados avanzados, con lo cual la sobrevivencia a cinco años es menor del 10%; por tanto, las mejores estrategias para combatir esta temible entidad serían la prevención, la detección temprana y el tratamiento temprano ⁽¹⁰⁾.

El Ministerio de Salud (MINSA) en el estudio por carga de enfermedad publicado en el 2010, señala que las enfermedades no transmisibles representan el 60.1% de la causa de años de vida saludables perdidos (AVISA). En este estudio se ha estimado que el año 2010 en el Perú se han perdido 377,850 AVISA por el cáncer y representa el 8% del total de la carga de enfermedad del país. Las causas de mayor carga por cáncer son el cáncer de estómago, cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, leucemias, cáncer de hígado y pulmón ⁽¹¹⁾.

Según Vidauri ⁽¹²⁾, los casos de cáncer en el Perú se han incrementado, pese a los nuevos programas de salud y el seguro médico lanzado por el gobierno. Las estadísticas mantienen un ligero crecimiento. En 2012, aparecieron 43 mil nuevos casos y en 2013 más de 45 mil. En esa línea, los especialistas del Centro Oncológico Aliada creen que en 2020 habrá 120 mil casos anuales.

Vallejos ⁽¹³⁾, de igual manera identificó que 19 mil personas murieron víctimas del cáncer en el 2013; es decir, cada día se presentaron 52 fallecimientos como consecuencia de esa terrible enfermedad. De acuerdo con la OMS, el cáncer más recurrente en Perú es el de estómago (6 mil nuevos casos en 2013), seguido por el de cuello uterino (4 mil casos), de mama (4 mil casos), de próstata (4 mil casos) y de pulmón (1,500 casos).

Según un informe del Ministerio de salud ⁽¹⁴⁾, en su análisis de la situación del cáncer en el Perú se, admitió que hay una tendencia hacia el crecimiento en los casos del cáncer, y que debido a esto se declaró al cáncer un problema de salud pública, una de las causas de este incremento sigue siendo los usos y costumbres de la población, como la falta de cultura de prevención. El 80% de pacientes llegan a la consulta cuando el cáncer está avanzado y nunca en su vida se han realizado un chequeo. Para Vidaurre, el aumento de los casos de cáncer responde también al cambio en la 'pirámide poblacional', donde el grueso de los adultos ocupan el primer lugar y son ellos los que están expuestos a este mal.

Al respecto, Vallejos ⁽¹⁵⁾, refirió que el cáncer de estómago ocupa el primer lugar en las estadísticas sobre mortalidad; en frecuencia entre los varones y el tercer lugar en las mujeres. En ese sentido, explicó que este mal se origina a partir de un crecimiento anormal e incontrolado de las células de la mucosa gástrica.

Por otro lado el Ministerio de Salud. ⁽¹⁶⁾, presentó recientemente el “Análisis de la situación del cáncer en el Perú en el 2013”, según el cual en Huánuco y Huancavelica existe una mayor incidencia de cáncer de estómago, mientras que en la selva se presentan más casos de cuello uterino.

La descripción de tal realidad problemática nos conllevó a formular los siguientes problemas:

1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA:

1.2.1. Problema general:

¿Cuál es la relación entre los conocimientos y las actitudes sobre prevención del cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015?

1.2.2. Problemas específicos:

¿Cuál es el nivel de conocimientos en las dimensiones generalidades, signos y síntomas, factores de riesgo, tratamiento y actividades de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015?

¿Cuáles son las actitudes en las dimensiones generalidades, signos y síntomas, factores de riesgo, tratamiento y actividades de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1. Objetivo general:

Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

1.3.2. Objetivos específicos:

Determinar el nivel de conocimientos en las dimensiones generalidades, signos y síntomas, factores de riesgo, tratamiento y actividades de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Valorar las actitudes en las dimensiones generalidades, signos y síntomas, factores de riesgo, tratamiento y actividades de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

1.4. HIPÓTESIS.

En el presente estudio de investigación se han formulado las siguientes hipótesis:

1.4.1. Hipótesis General:

H_i: Existe relación entre los conocimientos y las actitudes sobre la prevención del cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

H_o: No existe relación entre los conocimientos y las actitudes sobre la prevención del cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

1.4.2. Hipótesis específicas

H_{a1}: El nivel de conocimientos sobre las generalidades del cáncer del estómago se relaciona con las actitudes de prevención en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

H_{o1}: El nivel de conocimientos sobre las generalidades del cáncer del estómago no se relaciona con las actitudes de prevención en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

H_{a2}: El nivel de conocimientos sobre signos y síntomas del cáncer de estómago se relaciona con las actitudes de prevención en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

H_{o2}: El nivel de conocimientos sobre signos y síntomas del cáncer de estómago no se relaciona con las actitudes de prevención en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

H_{a3}: El nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer de estómago se relaciona con las actitudes de prevención en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

H_{o3}: El nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer de estómago no se relaciona con las actitudes de prevención en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

H_{a4}: El nivel de conocimientos sobre el tratamiento del cáncer de estómago se relaciona con las actitudes de prevención en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

H_{o4}: El nivel de conocimientos sobre el tratamiento del cáncer de estómago no se relaciona con las actitudes de prevención en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

H_{a5}: El nivel de conocimientos sobre actividades de prevención del cáncer de estómago se relaciona con las actitudes de prevención en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

H_{o5}: El nivel de conocimientos sobre actividades de prevención del cáncer de estómago no se relaciona con las actitudes de prevención en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

1.5. Identificación de variables

1.5.1. Variable Independiente: Conocimientos sobre la prevención del cáncer de estómago.

1.5.2. Variable Dependiente: Actitudes sobre la prevención del cáncer de estómago.

1.5.3. Variables de caracterización:

Características demográficas.

Características sociales.

1.6. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE				
Actitudes	Actitudes sobre las generalidades	Cualitativa	Positiva Negativa	Nominal
	Actitudes sobre signos y síntomas.	Cualitativa	Positiva Negativa	Nominal
	Actitudes sobre los factores de riesgo	Cualitativa	Positiva Negativa	Nominal
	Actitudes sobre el tratamiento .	Cualitativa	Positiva Negativa	Nominal
	Actitudes sobre las actividades de prevención.	Cualitativa	Positiva Negativa	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE				
	Conocimientos sobre las generalidades	Cualitativa	Conocimientos buenos Conocimientos deficientes	Nominal

Conocimientos	Conocimientos sobre los signos y síntomas	Cualitativa	Conocimientos buenos Conocimientos deficientes	Nominal
	Conocimientos sobre los factores de riesgo	Cualitativa	Conocimientos buenos Conocimientos deficientes	Nominal
	Conocimientos sobre el tratamiento	Cualitativa	Conocimientos buenos Conocimientos deficientes	Nominal
	Conocimientos sobre las actividades de prevención	Cualitativa	Conocimientos buenos Conocimientos deficientes	Nominal
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN				
Características demográficas	Edad	Cuantitativa	Años cumplidos	De razón discreta
	Género	Cualitativo	Masculino femenino	Nominal Dicotómica
	Procedencia	Cualitativo	Urbano Rural Urbano rural	Nominal Politómica
Características sociales	Estado civil	Cualitativo	Soltero Casado Conviviente Viudo	Nominal Politómica
	Religión	Cualitativo	Católico Evangélico Mormón Otros	Nominal Politómica

1.7. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

1.7.1. A nivel teórico.

El valor teórico de la investigación radica en el aporte de conocimientos tanto para la sociedad como para otros estudios de investigación referente al nivel de conocimiento y actitudes frente a la prevención del cáncer del estómago. Para así fortalecer y construir las alternativas educativas de prácticas preventivas sobre cáncer del estómago que permitan proteger la salud y potencializar sus conocimientos y actitudes de los estudiantes, lo nos permitirá analizar desde el ámbito preventivo ya que hasta el momento no es curativo.

1.7.2. A nivel práctico.

Esta investigación corresponde al área de investigación de: promoción de la salud y prevención de enfermedades y a la línea de investigación 3.3: promoción de la salud; los resultados del presente estudio de investigación permitirán fundamentar un programa para desarrollar los conocimientos y mejorar las actitudes frente a las medidas de prevención del cáncer de estómago que permitan mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

1.7.3. A nivel metodológico

El estudio se justifica metodológicamente debido a que el proceso permitirá validar cada una de las etapas del estudio, llegando a generar instrumentos válidos y confiables que permitirán medir la relación que existe entre las variables conocimientos y actitudes hacía las medidas de prevención del cáncer de estómago; resaltando como aporte fundamental

que los procedimientos e instrumentos utilizados en el presente estudio podrán ser utilizados en futuras investigaciones relacionadas a las variables en estudio, permitiendo el cumplimiento de una de las características de la ciencia, el estudio debe tener la capacidad de ser replicado.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

2.1.1. A nivel Internacional.

En Artemisa, Cuba (2012), Pérez S, ⁽¹⁷⁾ realizó el estudio titulado Caracterización del cáncer gástrico en pacientes del municipio Caimito; indicando en las conclusiones, se detectó que la mayor tasa de incidencia correspondió a los años 2008 a 2010, lo cual puede estar relacionado con el mejoramiento de la asistencia médica y de los medios diagnósticos en la región, con la apertura del Servicio de Gastroenterología de Artemisa, que da cobertura a Caimito. Se describe un predominio de enfermos de cáncer en el sexo masculino, lo cual se asocia a la mayor incidencia de exposición a factores de riesgo en este grupo. En el cáncer gástrico se ha visto una relación hombre mujer de 2:1, la cual tiende a mantenerse en los países que tienen estadísticas de cáncer. El cáncer se considera una enfermedad de la tercera edad. Esto se ha vinculado al conocimiento del daño para la salud de los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, el progreso contra las infecciones y las nuevas estrategias de tratamiento para las enfermedades coronario-vasculares, que han hecho posible que las personas vivan más años; por lo cual se enuncia que ha iniciado la "nueva era de las enfermedades degenerativas". En Cuba, el cáncer constituye la segunda causa de muerte en la mayoría de los grupos de edad, fundamentalmente en la población mayor de 60 años; más de la mitad de

todas las neoplasias malignas ocurren en este grupo, que representa el 12% de la población cubana. Estudios comparados de hombres exfumadores, fumadores pasivos o fumadores activos, con mujeres no fumadoras, han revelado que el tabaquismo activo o pasivo puede jugar un rol importante en el desarrollo de cáncer gástrico situado en *fundus*. Se ha informado un riesgo incrementado de cáncer de pulmón, linfhemático, boca, esófago, estómago y colon en carniceros y trabajadores de mataderos. El tratamiento prolongado con cimetidina, un antagonista de los receptores H² de las células parietales gástricas, encargadas de la secreción clorhidropéptica, produce hipoclorhidria/aclorhidria, con propensión al crecimiento bacteriano y predisposición a la aparición del cáncer gástrico según modelo teórico, de modo que está paradójicamente involucrado en la patogenia de esta enfermedad. Dos eventos (antecedentes de úlcera péptica complicada y tratamiento por tiempo prolongado con medicamentos antiulcerosos) han estado implicados en la patogénesis del cáncer gástrico. Se concluye que los pacientes afectados fueron fundamentalmente ancianos del sexo masculino, con antecedentes personales de enfermedad gástrica, exposición a tóxicos y antecedentes familiares de enfermedad tumoral digestiva o extradigestiva. Tuvieron mejor pronóstico los que recibieron tratamiento quirúrgico solo o combinado.

En Cali (2010), Gómez ⁽¹⁸⁾, realizó el estudio titulado Factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes Colombianos, el estudio fue de tipo observacional analítico tuvo como objetivo determinar la prevalencia

de los diferentes factores medioambientales (hábitos alimenticios y tabaquismo) y familiares (antecedente familiar de cáncer gástrico) en pacientes con cáncer gástrico y úlcera duodenal asociada a infección por *Helicobacter pylori*, llegando a las siguientes conclusiones: se encontró asociaciones significativas entre tres patrones de ingesta dietaria y CG, así como con el antecedente familiar de CG en familiares en primer grado de consanguinidad. Además, la alta ingesta de sal produce gastritis atrófica y disminuye la acidez del estómago creando una condición que favorece la infección por *H. pylori* que es un factor claramente reconocido en la génesis de GC, siendo demostrable en la mayoría de los pacientes con estos tumores.

En Ccenoco – México (2009), Olaya ⁽¹⁹⁾, en su investigación titulada “Conductas de riesgo asociadas a cáncer gástrico en pobladores de la comunidad de Ccenoco, México”. Realizó un estudio observacional descriptivo, incluyendo 225 pobladores de la comunidad de Ccenoco. Tuvo como objetivo determinar las conductas de riesgo de cáncer gástrico en los pobladores de la comunidad de Ccenoco. Entre los resultados del estudio tenemos: Las conductas de riesgo identificadas en la población estudiada comprenden niveles medios 46% y altos 12%. Las conductas pueden ser modificadas dependiendo del nivel de asimilación de los riesgos y consecuencias que a futuro traen el poco cuidado en la salud. Los resultados de este estudio justifican la implementación de programas de detección oportuna de esta grave enfermedad.

En Veracruz (2009), Verdalet ⁽²⁰⁾, desarrollo el estudio sobre Factores Asociados al Desarrollo de Cáncer Gástrico en Pacientes del CECan; arribó a las siguientes conclusiones: Aun cuando el número de investigaciones relacionadas a la búsqueda de los factores asociados al desarrollo de cáncer gástrico es extenso, la mayoría se origina en los países como Japón, China, Colombia, entre otros, que cuentan con una incidencia más elevada. Considerando que cada uno de los países e inclusive cada región dentro de ellos cuenta con características propias, como la alimentación, la ocupación y los hábitos de su población, es de suma importancia conocer los factores asociados a una enfermedad a nivel local, con el fin de propiciar su prevención o en todo caso su diagnóstico temprano. Esto es posible a través de la presente investigación que se enfoca a población veracruzana y que aporta datos que coinciden en su mayoría con lo descrito en la literatura nacional e internacional, como son mayor frecuencia de casos mayores a 50 años, con escolaridad de primaria o menos, nivel socio económico bajo, percepción de pérdida de peso en los últimos seis meses, el no empleo de refrigerador y una considerable prevalencia de patologías previas como la gastritis y la úlcera gástrica. Por otro lado, no se encontraron las diferencias estadísticamente significativas esperadas en ciertas variables, como el sexo, tipo sanguíneo A positivo, los antecedentes familiares de cáncer, la dieta, el tabaquismo y alcoholismo. Otro aporte de este estudio es el desarrollo del CUFA-TD, que constituye una herramienta práctica, de fácil y rápida aplicación y a través de la cual se pueden obtener datos valiosos relacionados a distintos tipos de cáncer del tubo digestivo. Así

como la estandarización de la técnica de zimografía para análisis de la actividad de MMP-2 y MMP-9, en fase acuosa de saliva humana, técnica que podrá ser empleada en el Laboratorio de Ecología y Salud en futuras investigaciones.

2.1.2. A nivel nacional:

En Lima, (2010), Cutipa ⁽²¹⁾, en el estudio desarrollado “Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en usuarios del C.S. Primavera en el distrito El Agustino, 2010”, indicó las siguientes conclusiones: El nivel de conocimiento en los usuarios que acuden al Centro de Salud Primavera sobre prevención de cáncer de estómago, es medio con tendencia a bajo; hay una tendencia a que los usuarios tomen de manera consciente decisiones para mejorar sus conductas o acciones relacionadas a la prevención, por otro lado existe un porcentaje significativo de usuarios que tienen un nivel de conocimiento bajo, que podría significarles una mayor propensión a padecer esta enfermedad. El nivel de conocimiento en el factor de riesgo genético personal es bajo, y esto se evidencia que no consideran que los antecedentes familiares, los síndromes hereditarios, la edad y el sexo pueden ser factores de riesgo para padecer cáncer de estómago. El nivel de conocimiento en el factor de riesgo medio ambiental es medio con tendencia a bajo. El nivel de conocimientos en el factor de riesgo biológico es medio con tendencia a bajo, lo que se relaciona con la infección de *helicobacter pylori* en el estómago.

En Lima, (2008), Ramírez y Sánchez ⁽²²⁾, en el estudio titulado *Helicobacter Pylori y Cáncer Gástrico*; redactaron las siguientes

conclusiones: Múltiples estudios han demostrado una asociación entre la infección del estómago por *H pylori* y el Maltoma gástrico. Aproximadamente 65 a 80% de casos de ADCA del estómago distal son atribuidos a la infección por *H pylori*. Sin embargo, la carcinogenesis gástrica no puede ser solo explicada por la infección por *H pylori*. De los infectados por esta bacteria solo un mínimo porcentaje desarrolla cáncer gástrico (2-5%). La mayoría presenta lesiones benignas. Existe pues una marcada variación individual del resultado de esta infección en los pacientes. La infección por *H pylori* se asocia a una compleja interacción de factores genéticos, del medio ambiente, bacteriana, alimentaria, nivel socio económico que explican los diferentes resultados a los que se llega con la infección.

En Lima, (2006); Pilco ⁽²³⁾, desarrollo el estudio sobre Cáncer Gástrico en Lima Metropolitana; llego a las siguientes conclusiones: La mayor incidencia y mortalidad de acuerdo al grupo etario se presentó en el grupo entre los 55 a 74 años. El cáncer gástrico es una neoplasia prevalente en los distritos de Lima de nivel socioeconómico medio y bajo.

2.1.3. Antecedente local:

En Huánuco, (2014); Raraz y Damaso B; ⁽²⁴⁾, en el estudio titulado Factores relacionados a la metaplasia intestinal en un hospital público en Huánuco; indicaron las siguientes conclusiones: Un total de 284 pacientes (142 casos y 142 controles) fue reclutado. La edad media de los pacientes incluidos fue 56,39 (\pm 12,8) años (rango 26-91), con una mediana de 55 años; 50,5 % fueron hombres y 49,5 %, mujeres. La frecuencia de la

infección por HP fue 63,2 % (227/440) en la población estudiada y 48,9 % (88/141) entre los pacientes con MI. Los pacientes mayores de 58 años representaron 43,5 % de la población. Las biopsias con menos de tres cruces fueron 39,2 %; la presencia de hiperplasia foveolar, 10,5%; de hiperplasia folicular, 13,7 %; de gastritis erosiva, 29 %. En el grado de actividad de la úlcera, el moderado fue el más frecuente (54 %). En cuanto a la localización de la gastritis, predominó la del antro (32 %), seguida de la gastritis mixta – en el antro y el cuerpo – (18 %); la gastritis superficial representó 21,1 % y con una gastritis atrófica de 6,7 %. En el análisis bivariado se encontró asociación significativa con gastritis crónica atrófica (OR = 4,04; IC95%: 1,35-12,50), gastritis crónica superficial (OR = 6,50; IC95%: 3,04-13,87), presencia de gastritis multifocal de antro y cuerpo (OR = 2,61; IC 95%: 1,29-5,32), hiperplasia folicular (OR = 6,01; IC95%: 1,10-33,95), densidad de HP menor a tres cruces (OR = 2,05; IC95%: 1,13-3,77) y edad mayor de 58 años (OR = 1,67; IC95%: 1,03-2,65). Las limitaciones fueron considerar a pacientes sintomáticos que acudieron a un hospital, esto es relevante, ya que muchos de los pacientes con MI son usualmente asintomáticos. Por lo tanto, puede haber una sobre presentación de la población estudiada. A pesar de las limitaciones, los resultados del estudio pueden servir como punto de partida para otros. En el presente estudio, las personas que presentaron gastritis crónica atrófica, gastritis crónica superficial, gastritis multifocal de antro y cuerpo, hiperplasia folicular, densidad de colonización mayor de tres cruces de *Helicobacter pylori* y una edad mayor de 58 años tuvieron mayor riesgo de presentar o desarrollar metaplasia intestinal.

2.2. BASES TEÓRICAS

Las bases teóricas que apoyaran y darán sustento a la presente investigación son:

2.2.1. Teoría del conocimiento.

Según Ernest ⁽²⁵⁾; la teoría del conocimiento, es una introducción a los problemas que el conocimiento plantea, es un hecho del cual no podemos dudar, de lo que podemos dudar es del valor del conocimiento. Los diferentes puntos de vista y las varias soluciones propuestas, se recogen en él con precisión, fidelidad y seguridad para poder ver en ella enraizados todos los problemas que suscita el proceso cognoscitivo y poder escoger la teoría más adecuada , de modo que las soluciones a dichos problemas sean modelos de la teoría con lo que dispondrá de una noción previa y orientadora de la actitud que aspira a comprender en sus detalles y desarrollos, y al mismo tiempo podrá tener presentes, para el contraste y la crítica, las restantes actitudes posibles sobre los mismos problemas. El estudio de los conocimientos profundiza y fundamenta filosóficamente el saber humano. Hemos visto que el conocimiento humano no se limita al mundo fenoménico, sino que avanza más allá, hasta la esfera metafísica, para llegar a una visión filosófica del universo. Pero también la fe religiosa da una interpretación del sentido del universo. Cabe preguntarse, pues, cómo se relacionan entre sí la religión y la filosofía, la fe religiosa y el conocimiento filosófico, la fe y el saber.

2.2.2. Teoría de las actitudes.

Según señala Sartre ⁽²⁶⁾, ha transitado desde una orientación metodológica centrada en la "obediencia a la autoridad docente" hacia otra, basada en "la cooperación entre iguales" y fundamenta el desarrollo de investigaciones que en los últimos tiempos pretenden determinar elementos que hagan susceptible para los individuos la comprensión de la "importancia vital de la moralidad". Las actitudes son formas de motivación que predisponen a la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas. La actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objetivo determinado. Existen actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo y actitudes sociales que inciden sobre un grupo de personas. A lo largo de la vida, las personas adquieren experiencias y forman una red u organización de creencias características, entendiendo por creencias la predisposición a la acción. El estudio de las actitudes constituye un valioso aporte para examinar, aprender y comparar la conducta humana, que se circunscribe en la tendencia que busca rescatar la función formadora de la escuela en el ámbito del desarrollo moral, tanto desde el punto de vista individual como social.

2.2.3. Teoría de la acción razonada

La teoría de la acción razonada fue presentada en 1967, posteriormente ha sido refinada, desarrollada y probada por estos autores (Fishbein y Ajzen en 1975; Fishbein y Ajzen y 1980; Morales, et.al.1999) ⁽²⁷⁾. Es una teoría general de la conducta humana que trata de la relación

entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento, los cuales se encuentran relacionados con la toma de decisiones a nivel conductual. La teoría de acción razonada parte del supuesto de que los seres humanos son esencialmente racionales y que esta cualidad les permite hacer uso de la información disponible para el ejercicio de las acciones o conductas emprendidas. Con esa información intenta realizar o no una determinada conducta social. Agregan que la volición de los individuos determina estas conductas sociales. De tal suerte que la intención, voluntad y razonamiento generalmente dirigen la mayoría de las acciones sociales de los individuos. La aportación al estudio del comportamiento humano, ofrece un modelo de investigación que toma en cuenta factores que otras teorías se consideran de una manera aislada, así como, al ofrecer una metodología para hacer investigación, esta teoría constituye una alternativa que involucra aspectos que se mezclan adquiriendo importancia dependiendo del momento en que se encuentre la investigación, ya que involucra factores como las creencias, dividiéndolas en conductuales cuando son particulares a cada sujeto y normativas, cuando son manifiestas de los grupos de pertenencia: así como las actitudes, las normas subjetivas, la motivación para cumplir esas creencias y normas, y la intención hacia la realización de una conducta.

2.2.4. Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

Pender ⁽²⁸⁾, en su modelo de promoción de la salud, afirma que promocionar la salud significa evitar o disminuir factores de riesgo y crear o aumentar los factores protectores, cambiando estilos de vida, creando una cultura de la salud y haciendo de ésta un valor. Pender, al plantear

su modelo nos señala que las personas que otorgan gran importancia a su salud, tienen mayor tendencia a conservarla. Así mismo plantea que las motivaciones personales, creencias y mitos son el motor fundamental que mueve nuestras conductas a favor o en contra de la salud.

2.3. BASES CONCEPTUALES.

2.3.1. Definición de cáncer

El cáncer es un conjunto de enfermedades, caracterizadas generalmente por la aparición de un tumor maligno que ocurre por un crecimiento descontrolado de una célula o grupo de células del organismo y originado por múltiples factores, tiene capacidad para invadir y destruir tejidos sanos de su entorno (infiltración) y también puede enviar células a zonas distantes del organismo, donde pueden crecer originando nuevos tumores, denominados metástasis ⁽²⁹⁾.

2.3.2. Fisiopatología del cáncer

La célula es la unidad básica estructural y funcional en todos los seres vivos. En el cuerpo humano adulto se encuentran alrededor de 60 000 billones de células de células y, aunque existen muchos tipos diferentes, todas poseen ciertas características comunes. Por ejemplo, necesitan nutrirse para mantenerse con vida y emplean oxígeno (O₂) el cual se combina con los lípidos, las proteínas o los carbohidratos (CHO) para liberar la energía necesaria para su funcionamiento. Los mecanismos que permiten la transformación de nutrientes en energía son los mismos en todas la células y todas ellas dejan productos de sus reacciones químicas dentro de los líquidos circulantes la mayoría tiene la

capacidad de reproducirse y cada vez que se destruyen alguna de ellas, las demás del mismo tipo se reproducen hasta que vuelven a alcanzar el número correcto. Esta reposición activa se rige por un mecanismo de control que se detiene cuando se corrige la pérdida o sano ⁽³⁰⁾.

2.3.3. Patrones de crecimiento proliferativo.

Patrones de crecimiento no neoplásico

- **Hipertrofia.-** Es un aumento en el tamaño celular. Por lo común se debe a una mayor carga de trabajo, estimulación hormonal o compensación relacionada de forma directa con la pérdida de otro tejido.
- **Hiperplasia.-** Consiste en un aumento reversible del número de células de determinado tipo tisular, que produce una mayor masa de tejido. Casi siempre se presenta como una reacción normal durante etapas de crecimiento y desarrollo rápidos (como en el embarazo o la adolescencia)
- **Metaplasia.-** Un tipo de célula adulta es reemplazada por otro que rara vez se encuentra en el tejido afectado. Si se retira el estímulo el proceso es reversible; de lo contrario la metaplasia puede progresar a una displasia. Las deficiencias vitamínicas y diversos agentes químicos pueden inducir una metaplasia.
- **Displasia.-** se caracteriza por alteraciones en las células adultas sanas, que dan lugar a una variación en la forma u organización normales, o cuando se reemplaza un tipo de célula madura por otra, en una etapa inferior de maduración. El estímulo común que crea una displasia es casi siempre externo, como radiación, inflamación, químicos tóxicos o irritación crónica. Una displasia puede ser reversible si se retira el estímulo.

Patrones de crecimiento neoplásico

- **Anaplasia.-** Significa sin forma y es un cambio irreversible en el cual las estructuras de las células adultas sufren una regresión a niveles más primitivos. Es un signo distintivo del cáncer. Las células anaplásicas pierden la capacidad para realizar funciones especializadas y se desorganizan en cuanto a su posición y citología.
- **Neoplasia.-** Significa crecimiento nuevo y describe una masa tisular anormal que se extiende más allá de las fronteras del tejido sano, y por ende no cumple la función normal de las células de dicho tejido. Las neoplasias se caracterizan por crecimiento descontrolado, falta de regulación en la división y el crecimiento, y motilidad anormal; algunas de ellas son potencialmente lesivas para el huésped porque ocupan espacio y compiten por los nutrientes esenciales. A los crecimientos neoplásicos se le conoce como benigno y maligno. Las benignas incluyen papilomas o verrugas mientras que las malignas, capaces de destruir al huésped se cuentan los tumores sólidos y las leucemias. Cáncer es el término más común para todas las neoplasias malignas ⁽³¹⁾.

2.3.4. Cáncer de estómago

Epidemiología

De los siete tipos de cáncer que se registran con mayor incidencia en el país, la neoplasia de estómago que es causada por la bacteria "Helicobacter pylori» es la que genera más muertes entre los hombres y mujeres peruanas, pues en el 2004 se reportó que 2 mil 603 personas fallecieron producto de este mal que pudo ser prevenido y en el 2006 esta cifra ha sido superada por un centenar de casos más. El cáncer de

estómago es más frecuente en Japón, Chile, Costa Rica, Corsa, Gran Bretaña, China, Venezuela, y otros países en Asia y Suramérica. Se ha reportado un riesgo mayor en pacientes hispanos con úlcera péptica. Está asociado con un elevado consumo de sal de mesa en la dieta, el fumar y la baja ingesta de frutas y vegetales. La infección con la bacteria *Helicobacter pylori* es el factor de riesgo más importante en un 80% o más de los cánceres gástricos. Tiene una mayor prevalencia en hombres que mujeres, en especial a los mayores de 50 años. En Corsa, 10% de los casos tienen un componente genético.

Se piensa que un pequeño grupo de cáncer gástrico M tipo difuso son hereditarios. Estos elementos genéticos son de reciente identificación y su conocimiento no es muy avanzado. Existen exámenes genéticos y opciones de tratamiento para familias con riesgo elevado. En Japón, el consumo de helechos y esporas se correlacionan con cierta incidencia de cáncer gástrico. Los epidemiólogos aún no han reportado con detalle la razón M más alto número de casos en Asia que en otras regiones. Se ha descrito una tendencia de mutaciones genéticas en personas afroamericanas, de origen paquistaní y de varias islas del Pacífico. La metástasis ocurre en el 85.1% de los individuos con cáncer gástrico, con un promedio de supervivencia de cinco años en un 75% de aquellos diagnosticados en estadios tempranos y menos de 5 años en el 30% de aquellos con estadios tardíos⁽³²⁾.

Anatomía patológica

El cáncer de estómago o cáncer gástrico es un tipo de crecimiento tisular maligno producido por la proliferación contigua de células

anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos, en particular el esófago y el intestino delgado, causando cerca de un millón de muertes en el mundo anualmente. En las formas metastásicas, las células tumorales pueden infiltrar los vasos linfáticos de los tejidos, diseminarse a los ganglios linfáticos y, sobrepasando esta barrera, penetrar en la circulación sanguínea, después de lo cual queda abierto virtualmente el camino a cualquier órgano del cuerpo. Histológicamente, hay dos tipos importantes de cáncer gástrico (clasificación de Lauren): tipo intestinal y tipo difuso. El adenocarcinoma tipo intestinal: las células del tumor describen las estructuras tubulares irregulares, abrigando la pluri estratificación, lúmenes múltiples, tejido conectivo reducido. A menudo, se junta la metaplasia intestinal en la mucosa vecina.

Dependiendo de la composición glandular, de las formas variadas de las células y de la secreción de la mucosa, el adenocarcinoma puede presentar 3 grados de diferenciación: bueno, moderado y malo. Según el tipo adenocarcinoma (mucoso, coloide): Las células del tumor están des cohesionadas y secretan el moco que se queda en el intestino produciendo grandes depósitos de moco coloide (ópticamente con espacios vacíos). Es difícil de distinguir. Si el moco permanece dentro de la célula del tumor, empuja el núcleo a la periferia -la llamada "célula del anillo-sellado"⁽³³⁾.

Síntomas del cáncer de estómago.

El cáncer del estómago puede ser difícil de detectar en sus inicios ya que a menudo no hay síntomas, y en muchos casos, el cáncer se ha

extendido antes de que se encuentre. Cuando ocurren los síntomas, son a menudo tan discretos que la persona no se preocupa por ellos. El cáncer del estómago puede causar los siguientes efectos:

- Indigestión o una sensación ardiente
- Malestar o dolor abdominal
- Náuseas y vómitos
- Diarrea o estreñimiento
- Hinchazón del estómago después de comidas
- Pérdida del apetito
- Debilidad y fatiga
- Sangrado inusuales
- Cambios en el ritmo intestinal o urinario.
- Heridas que tardan en cicatrizar
- Dificultad en tragar alimentos
- Cambios repentinos en el aspecto de verrugas cutáneas
- Tos persistente o ronquera
- Pérdida de peso

Cualquiera de estos síntomas puede ser causado por el cáncer o por otros problemas de salud, tales como un virus del estómago o una úlcera. Por tanto, solamente un médico puede determinar la causa real. Si una persona tiene cualquiera de estos síntomas debe visitar a su profesional de salud.

Clasificación del cáncer gástrico.

Por su estirpe histológica el 87,9% de las neoplasias son Adenocarcinomas, también denominados Carcinomas Gástricos. En el 12,1% restante se encuentran los Linfomas, el Carcinoma Epidermoide, el Carcinoide, el Leiomiosarcoma, el Rabdomiosarcoma, etc. Por su apariencia macroscópica, el Cáncer Gástrico puede ser El "early" cáncer es clasificado como T1, donde la lesión invade mucosa y submucosa. A medida que el cáncer se profundiza e invade estructuras como la capa muscular o sub-serosa, estamos refiriéndonos al cáncer avanzado ó, T2, o T3 si invade la capa serosa, la invasión a estructuras adyacentes se clasifica como T4. Por su localización, los carcinomas gástricos se sitúan en alguna de las regiones anatómicas en que se ha dividido el estómago: El tercio superior (C) Fondo Del tercio medio (M) Cuerpo Del tercio inferior (A) Antro. Si a partir de alguna de estas regiones el cáncer invade otra de las regiones, para expresarlo se señala primero la región primaria con la letra respectiva y en segundo lugar se señala la región invadida. Por ejemplo sí el carcinoma primariamente se sitúa en la región M cuerpo y luego avanza hacia la región antral, se expresará de la siguiente manera: MA. Por Estadios. Para evaluar el tratamiento quirúrgico del Cáncer Gástrico, debe definirse claramente la extensión del tumor primario y las metástasis ⁽³⁴⁾.

Prevención de cáncer de estómago

El concepto de Prevención está ligado al proceso salud-enfermedad; en cada época de la historia se han dado diferentes interpretaciones a la salud y a la enfermedad, las cuales a su vez se

relacionan con las situaciones políticas, económicas y sociales de cada momento histórico. Al igual que la Promoción, la Prevención también fue descrita en 1945 por Henry Sigerist como una de las cuatro funciones de la Medicina, junto con la reparación o tratamiento del daño y la rehabilitación: más adelante, los norteamericanos las denominaron como funciones de la Salud Pública. Sigerist hizo una distinción entre la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, y reconoció que las medidas de la Promoción de la Salud tienen efectos preventivos y no lo contrario, es decir, un programa para evitar el consumo del cigarrillo se constituye en una actividad de promoción; más uno que apunte a la cesación o reducción de fumar está desarrollando acciones de prevención; para el ejemplo, el hecho de no fumar está suprimiendo riesgos frente a enfermedades inherentes al cigarrillo. La prevención es la aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad. Tiene como objetivo disminuir el nivel de los factores de riesgo o la probabilidad de que ocurra un evento de enfermedad. Se relacionan con los problemas de salud y son esencialmente correctivos. La prevención actúa básicamente en individuos o grupos sociales específicos, los cuales por sus características son susceptibles de adquirir enfermedades específicas. “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”. Permite la neutralización de los factores de riesgo de contraer una enfermedad utilizando estrategias de

controles viables y eficaces. De esta forma se anticipa a la aparición del efecto que puede perjudicar la salud de la población. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención se define como una actividad distinta a la promoción de la salud”, y su principal diferencia radica en su enfoque: la promoción trabaja con población sana, la prevención con población enferma o en riesgo de enfermar. Las acciones de prevención, dependiendo del problema y de la actividad específica de que se trate, pueden actuar en los tres niveles: la sociedad, los grupos y los individuos, sin embargo sus acciones se dirige mayoritariamente a individuos y grupos.

La prevención de la enfermedad es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud. Por lo anterior se dice que la prevención implica promover la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención. La aplicación de la prevención de la enfermedad, permite según su nivel de intervención mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente se emana desde los servicios de salud y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables, que suelen ser con frecuencia asociados a

diferentes conductas de riesgo de los individuos. La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad. El desarrollo de la enfermedad, constituye un proceso dinámico que está condicionado por múltiples factores que influyen sobre el individuo y su salud y es susceptible de ser intervenido y modificado en los diferentes momentos de su desarrollo. Cuanto antes se apliquen las medidas de intervención, mejor puede ser el resultado en la prevención de la enfermedad o de sus secuelas. La enfermedad y su historia natural es el resultado de un proceso dinámico en el que sus agentes causales y sus factores de riesgo interaccionan con el huésped y, se pueden distinguir claramente tres periodos ⁽³⁵⁾.

- **Pre patogénico:** Se inicia con la exposición a factores de riesgo o agentes causales de la enfermedad
- **Patogénico:** Se presenta en dos fases: la inicial o asintomática en que la persona aún no tiene ninguna manifestación de su enfermedad, y la segunda o sintomática en donde la persona ya tiene alteraciones orgánicas evidenciándose como signos y síntomas de la enfermedad.
- **Resultados:** Consecuencias del avance, detención o consecuencias de las alteraciones orgánicas inducidas por los agentes causales que se expresan en muerte, incapacidad, cronicidad o curación ⁽³⁶⁾.

2.3.5. Prevención Secundaria de Cáncer de Estómago.

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. En este particular es importante recalcar

que en la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. De allí, la relevancia de la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase pre clínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Específicamente estas se orientan a la detección precoz de enfermedades, a través del cribado o tamizaje. El ATAP cumple el papel de detectar a la población en riesgo de padecer ciertas enfermedades y referirlos a la Sede del EBAIS para que se le realice su tamizaje y colaborar en aplicar algunos de ellos como el tamizaje de adolescentes y adulto mayor en la visita domiciliaria ⁽³⁷⁾.

Detección precoz del cáncer de estómago

a) Lesiones Pre cancerígenas

Son lesiones patológicas que pueden progresar a cáncer (transformación maligna). En un caso individual no se puede tener certeza de si la transformación maligna va a ocurrir, pero en grupos grandes de pacientes con la misma lesión se vio que la probabilidad de desarrollar el cáncer es mayor que la que tiene la población que no sufre dichas lesiones.

Posiblemente la transformación maligna se debe a la permanencia de las causas que la originaron, por ello aunque su tratamiento es necesario,

con lo que prevenimos que aparezca el cáncer, también lo es evitar que vuelvan a aparecer dichas causas.

b) Atrofia Gástrica

En la que las glándulas normales del estómago se han disminuido o han desaparecido. Hay cierto grado de inflamación (las células del sistema inmunitario del paciente dañan las células del estómago), lo que se debe a menudo a la infección por *Helicobacter pylori*. No se sabe exactamente por qué esta condición se convierte en cáncer.

c) Metaplasia Intestinal

Otro cambio que pudiera ser también precanceroso es la, una enfermedad en la que el revestimiento normal del estómago es reemplazado con unas células que se parecen mucho a las células que normalmente recubren el intestino. Las personas con este padecimiento por lo general tienen también gastritis atrófica crónica. No se conoce muy bien cómo ni por qué este cambio ocurre y se convierte en cáncer de estómago. Esto también podría estar relacionado con la infección por *Helicobacter pylori* ⁽³⁸⁾.

2.3.6. Definición Conocimiento:

Conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo ⁽³⁹⁾.

Nivel de conocimiento:

Conocimiento alto: Denominado bueno, porque hay adecuada distribución cognitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada además hay una corrección profunda con las ideas básicas del tema o materia ⁽⁴⁰⁾.

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

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

2.4. Definición de términos básicos.**Conocimientos sobre la prevención del cáncer de estómago;**

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

Actitudes sobre la prevención del cáncer de estómago;

Estado mental de disponibilidad, organizado por la experiencia, que ejerce una influencia directiva sobre las reacciones del individuo hacia las situaciones que se relacionan con él.

Adenocarcinoma. Tumor maligno que se origina en el tejido glandular. Se trata de la variedad más frecuente de cáncer, entre los que destacan casi todos los que se derivan del árbol respiratorio, el tubo digestivo, las mamas, el colon o la próstata.

El Cáncer; Conjunto de síntomas de pronóstico y tratamiento diferentes, que se caracteriza por la proliferación acelerada, desordenada y descontrolada de las células de un tejido que invaden, desplazan y destruyen, localmente y a distancia, otros tejidos sanos del organismo.

Carcinoma. Tumor maligno derivado de estructuras epiteliales o glandulares; constituyen el tipo más común de cáncer. Lugares comunes de carcinomas son la piel, la boca, el pulmón, las mamas, el estómago, el colon y el útero. Los dos grandes grupos de esta variedad de tumor son los carcinomas epidermoides y los adenocarcinomas.

Ectasia; Dilatación o ensanchamiento de un órgano o una parte.

Factor de riesgo; Circunstancia que aumenta la probabilidad de que una persona contraiga una enfermedad. En oncología, los factores de riesgo son de importancia para indicar tratamientos preventivos ⁽⁴¹⁾.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Estudio.

Según la intervención del investigador corresponde a la investigación **observacional** porque no existió intervención del investigador, y los datos reflejan la evolución espontánea.

Según la planificación de la medición de la variable de estudio fue de tipo **prospectivo** ya que fue necesario establecer los puentes de información actual y de aquí en adelante.

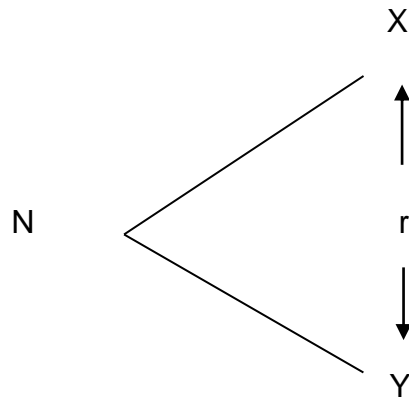
Según el tiempo de estudio fue de tipo **transversal**, porque analizaron datos de un grupo de sujetos de una población determinada en un momento dado y en un lugar determinado,

De acuerdo a las variables de interés fue de tipo **descriptivo** porque plantea y pone a prueba hipótesis y el análisis estadístico.

El nivel de investigación corresponde a **relacional**, porque se trata de estudios que establecen relaciones o asociantes de las variables en estudio; la estadística solo demuestra la modificación la asociación o relación de la variable dependiente con la independiente.

3.2. Diseño del Estudio

El diseño de investigación respondió al tipo correlacional, como se muestra a continuación:



Donde:

- N= Estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco.
 X = Conocimientos sobre las medidas de prevención del cáncer de Estómago
 Y = Actitudes frente a las medidas de prevención del cáncer de Estómago.
 r = Relación entre variables.

3.3. Población.

La población estuvo conformada por los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, del semestre académico 2015-I, siendo en total 563 estudiantes.

3.3.1. Criterios de inclusión y Exclusión:

Inclusión:

Se incluyó en el estudio a los estudiantes que cumplieron con los siguientes criterios:

- Que estuvieron matriculados en la Escuela Académico Profesional de Enfermería en el primer semestre del año 2015.
- Que aceptaron participar voluntariamente del estudio de investigación previa firma del consentimiento informado.
- Los que contaban con asistencia regular a clases.

Exclusión:

No se consideró a los estudiantes con los siguientes criterios:

- Aquellos que no se encontraban matriculados regularmente en la Escuela Académico Profesional de Enfermería en el primer semestre del año 2015.
- Quienes no aceptaron voluntariamente a participar del estudio de investigación.
- Que no concluyeron el llenado de las respuestas de las encuestas.

3.3.2. Ubicación de la población en espacio y tiempo

- **Ubicación en el espacio:** El presente estudio de investigación se llevó a cabo en la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, ubicado en la localidad de la Esperanza, distrito de Amarilis, provincia y departamento de Huánuco.
- **Ubicación en el tiempo:** Se realizó en los meses de julio a diciembre del año 2015.

3.4. Muestra y muestreo.**3.4.1. Unidad de Análisis**

Estudiante de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco

3.4.2. Unidad de muestreo

La unidad seleccionada en la presente investigación fue igual que la unidad de análisis.

3.4.3. Marco muestral

Se tuvo en cuenta una lista nominal de los estudiantes matriculados, según el registro de matrículas de la Universidad de Huánuco, para el semestre en estudio.

3.4.4. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue finito, ya que se conocía el número de estudiantes matriculados en la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, que según datos obtenidos de la oficina de matrícula de la mencionada institución para el primer semestre del año 2015

La muestra representativa se consignó aplicando la fórmula para calcular el tamaño de la muestra de una población conocida:

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

Dónde:

Tamaño de la población	N	563
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96
Error Alfa	A	0.05
Nivel de Confianza	1- α	0.95
Probabilidad de éxito	P	0.50
Probabilidad de fracaso	Q	0.50
Error máximo	E	0.05

Quedando la muestra constituida por 229 estudiantes.

3.4.5. Tipo de muestreo.

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

3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Método

El método que se tuvo en cuenta en el estudio fue la encuesta, con la finalidad de obtener la información relacionada al conocimiento y actitudes de prevención de cáncer de estómago.

3.5.2. Instrumentos

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

- **Guía de entrevista sociodemográfica aplicada a la muestra en estudio. (Anexo N°1)**

Este instrumento consta de 05 preguntas relacionadas a las características sociodemográficas; está dividido en dos partes: la primera parte que consta de 3 preguntas relacionadas a las características demográficas (edad, género y lugar de procedencia); la segunda parte consta de 2 preguntas relacionadas a las características sociales (estado civil, religión).

- **Cuestionario de conocimientos sobre cáncer de estómago. (Anexo N°2)**

Este instrumento consta de 31 preguntas clasificadas en 5 dimensiones: generalidades de conocimientos sobre el cáncer de estómago, conocimientos sobre los signos y síntomas del cáncer de estómago, conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer de estómago, conocimientos sobre el tratamiento del cáncer del estómago y conocimientos sobre las actividades de prevención de riesgos del cáncer de estómago.

La valoración de los ítems se hizo de acuerdo a la respuesta que se considere correcta, asumiendo un puntaje de 1 para cada respuesta correcta y 0 para cada respuesta incorrecta.

La medición para la dimensión conocimientos sobre cáncer de estómago se ejecutó de la siguiente forma: bueno = 15 a 31 puntos, deficiente menor de 15 puntos

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

(Anexo N°3)

Este instrumento consta de 32 ítems clasificados en 5 dimensiones: actitudes frente a las generalidades del cáncer de estómago, actitudes frente a los signos y síntomas del cáncer de estómago, actitudes sobre los factores de riesgo del cáncer de estómago, actitudes frente al tratamiento del cáncer del estómago y actitudes frente a las actividades de prevención de riesgos del cáncer de estómago.

Estas preguntas cuentan con enunciados de respuestas politómicas relacionadas a describir las actitudes que tienen hacia las medidas de

prevención del cáncer del estómago de los estudiantes considerados en el presente estudio. Las opciones de respuesta son: “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”

Para la valoración de los ítems se clasifico como actitudes positivas y negativas según las respuestas que se obtengan de cada una de los estudiantes 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 la dimensión actitudes hacía el cáncer de estómago se ejecutó de la siguiente forma: Positivo = 118 a 160 puntos, Negativo menor de 118 puntos.

3.6. Validez y confiabilidad de los instrumentos.

En cuanto a la validez del instrumento se tuvo en cuenta la validez cualitativa por 5 expertos: el primer experto fue de la especialidad de investigación; el segundo y tercer experto fueron especialistas en prevención del cáncer; el cuarto y el quinto experto fueron especialistas en evaluación. Los cuales juzgaron la “bondad” de los ítems de los instrumentos, en términos de relevancia o congruencia de los reactivos con el contenido, la claridad y la tendenciosidad o sesgo de la formulación de los ítems.

La confiabilidad se determinó mediante la prueba Alfa de Cronbach, con lo cual se obtuvo un valor alfa de 0.860 (86%) por lo que se considera un instrumento confiable, para la determinación previo a la

medición de la confiabilidad se aplicó la prueba piloto en 20 estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, a través del muestreo no probabilístico por conveniencia; resultado que se muestra en el anexo 07.

3.7. Procedimientos de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizó las siguientes acciones:

- Se presentó un oficio a la dirección de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, para solicitar el permiso para la aplicación del instrumento.
- Se hizo las coordinaciones necesarias en el centro de estadística e informática para obtener una lista nominal de los estudiantes matriculados en el primer semestre 2015.
- Se explicó a los estudiantes la finalidad del estudio de investigación, así mismo se solicitó la firma del consentimiento informado, para que el instrumento pudiera ser aplicado.
- Se evaluó los resultados obtenidos luego de entrevistar a los estudiantes elementos de la muestra, para la elaboración y tabulación de los datos en el programa Excel y SPSS versión 22.

3.8. Elaboración de los datos : Para la elaboración de datos de la presente investigación se consideró las siguientes etapas:

3.8.1. Revisión de los datos: Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron en el presente estudio; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias en los mismos.

3.8.2. Codificación de los datos: Se realizó la codificación de cada uno de los instrumentos desarrollados por los elementos muestrales.

3.8.3. Procesamiento de los datos: Luego de la recolección de datos estos fueron procesados mediante el programa de Excel y SPSS versión 22.

3.8.4. Presentación de datos: Se presenta los datos en tablas académicas con sus respectivos gráficos.

3.9. Análisis de los datos

3.9.1. Análisis descriptivo.

Se realizó un análisis descriptivo mediante la elaboración de tablas y gráficos estadísticos, para evaluar el cumplimiento de los objetivos planteados en el estudio.

3.9.2. Análisis inferencial.

Para la contratación de las hipótesis se utilizó la Prueba Chi cuadrada para establecer la relación entre las dos variables en estudio con una probabilidad de $p < 0.05$. Para el procesamiento de los datos se utilizó el Paquete Estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

3.10. Aspectos éticos de la investigación.

En la ejecución de la investigación se tuvo en cuenta la protección de los siguientes principios:

- **Principios de beneficencia:** Este estudio garantizó a los participantes a no estar expuestos a experiencias que resulten en permanentes daños graves, de esta manera, para lo cual se tuvo en cuenta la aceptación del consentimiento informado.

Por otro lado, el estudio fue beneficioso en el sentido de que va aportar conocimientos positivos a los futuros investigadores.

- **Principio de autonomía:** Este estudio garantizó a los participantes el derecho a la autodeterminación; es decir, cada participante tuvo el derecho de decidir voluntariamente si participó o no en este estudio.
- **Principio de justicia:** El presente estudio brindó a los participantes el derecho a un trato justo, es decir a un trato respetuoso y amable en todo momento de la investigación.
- **Principio de no maleficencia:** El presente estudio no causó ningún daño a los participantes, se tuvo en cuenta la discreción y el anonimato de los participantes.

CAPITULO IV

4.- ANÁLISIS DE RESULTADOS.

4.1. Resultados descriptivos.

a) Características demográficas

Tabla N° 01: Edad en años de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

EDAD	Frecuencia	%
18 – 22 años	118	51,5
23 – 27 años	96	41,8
28 – 32 años	15	6,5
Total	229	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Del total de la muestra (229 estudiantes), el 51,5% (118) pertenecen al grupo de 18 a 22 años de edad; el 41,8%;(96 estudiantes) en el grupo de 23 a 27 años, y el 6,5 % (15 estudiantes) se encuentran en el grupo de 28 a 32 años.

Tabla N° 02: Distribución porcentual del género de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

GENERO	Frecuencia	%
Masculino	30	13,1
Femenino	199	86,6
Total	229	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Del total de la muestra en estudio (229 estudiantes), el 86,9% (199) pertenecen al género femenino y el 13,1% (30 estudiantes) son del género masculino.

Tabla N° 03: Distribución porcentual del lugar de procedencia de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

PROCEDENCIA	Frecuencia	%
Urbano	182	79,5
Rural	44	19,2
Urbano Marginal	3	1,3
Total	229	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Del total de la muestra en estudio (229 estudiantes), el 79.5% (182 estudiantes) proceden del área urbano, el 19.2% (44 estudiantes) proceden del medio rural; y el 1,3 % (3 estudiantes) su procedencia es urbano marginal.

Tabla N° 04: Distribución porcentual del estado civil de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	%
Soltero	203	88,6
Casado	8	3,5
Conviviente	15	6,6
Viudo	3	1,3
Total	229	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Del Total de la muestra en estudio (229 estudiantes), el 88.6% (203 estudiantes) son solteros; el 6,6 % (15 estudiantes) son conviviente, el 3,5 % (8 estudiantes) son casados y el 1,3 % (3 estudiantes) son viudos.

Tabla N° 05: Distribución porcentual de la religión que profesan los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

RELIGION	Frecuencia	%
Católico	168	73,4
Evangélico	38	16,6
Mormón	5	2,2
Otro	18	7,9
Total	229	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Del total de la muestra en estudio (229 estudiantes), el 73.4% (168 estudiantes) profesan la religión católico, el 16.6% (38 estudiantes) son evangélicos, el 7,9 % (18 estudiantes) profesan otra religión y el 2,2, % (5 estudiantes) son mormones.

b) **Características de los conocimientos.**

Tabla N° 06: Distribución porcentual del conocimiento sobre las generalidades de prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Conocimiento sobre las generalidades de prevención del cáncer de estómago	F	%
Conocimientos buenos	124	54,1
Conocimientos deficientes	105	45,9
Total	229	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Del total de estudiantes de la muestra en estudio en la dimensión conocimientos sobre las generalidades de prevención del cáncer de estómago, presentaron conocimiento buenos el 54,1 % (124 estudiantes) y el 45,9 % (105 estudiantes) presentaron conocimientos deficientes en la dimensión evaluada.

Tabla N° 07: Distribución porcentual del conocimiento sobre los signos y síntomas de prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Conocimiento sobre los signos y síntomas de prevención del cáncer de estómago	F	%
Conocimientos buenos	130	56,8
Conocimientos deficientes	99	43,2
Total	229	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Del total de estudiantes de la muestra en estudio en la dimensión conocimientos sobre los signos y síntomas de prevención del cáncer de estómago, presentaron conocimiento buenos el 56,8 % (130 estudiantes) y el 43,2 % (99 estudiantes) presentaron conocimientos deficientes en la dimensión evaluada.

Tabla N° 08: Distribución porcentual del conocimiento sobre la identificación de factores de riesgo en la prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Conocimiento sobre los factores de riesgo de prevención del cáncer de estómago	F	%
Conocimientos buenos	145	63,3
Conocimientos deficientes	84	36,7
Total	229	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Del total de estudiantes de la muestra en estudio en la dimensión conocimientos sobre los factores de riesgo de prevención del cáncer de estómago, presentaron conocimiento buenos el 63,3 % (145 estudiantes) y el 36,7 % (84 estudiantes) presentaron conocimientos deficientes en la dimensión evaluada.

Tabla N° 09: Distribución porcentual del conocimiento sobre el tratamiento de prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Conocimiento sobre el tratamiento de prevención del cáncer de estómago	F	%
Conocimientos buenos	128	55,9
Conocimientos deficientes	101	44,1
Total	229	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Del total de estudiantes de la muestra en estudio en la dimensión conocimientos sobre tratamiento de prevención del cáncer de estómago, presentaron conocimiento buenos el 55,9 % (128 estudiantes) y el 44,1 % (101 estudiantes) presentaron conocimientos deficientes en la dimensión evaluada.

Tabla N° 10: Distribución porcentual del conocimiento sobre las actividades de prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Conocimiento sobre las actividades de prevención del cáncer de estómago	F	%
Conocimientos buenos	133	58,1
Conocimientos deficientes	96	41,9
Total	229	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Del total de estudiantes de la muestra en estudio en la dimensión conocimientos sobre actividades de prevención del cáncer de estómago, presentaron conocimiento buenos el 58,1 % (133 estudiantes) y el 41,9 % (96 estudiantes) presentaron conocimientos deficientes en la dimensión evaluada.

Tabla N° 11: Distribución porcentual del conocimientos generales sobre prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Conocimientos generales sobre prevención del cáncer de estómago	F	%
Conocimientos buenos	123	53,7
Conocimientos deficientes	106	46,2
Total	229	100,0

Fuente: Encuesta aplicado a estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

En forma global y general de los conocimientos sobre la prevención del cáncer de estómago en la muestra total de estudiantes, presentaron conocimiento buenos el 53,7% (123 estudiantes) y el 46,2% (106 estudiantes) presentaron conocimientos deficientes.

c) **Características de las actitudes.**

Tabla N° 12: Distribución porcentual de las actitudes sobre las generalidades de prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Actitudes sobre las generalidades de prevención del cáncer de estómago	F	%
Positiva	124	54,1
Negativa	105	45,9
Total	229	100,0

Fuente: Escala de actitudes sobre el cáncer del estómago en estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Del total de estudiantes de la muestra en estudio en la dimensión actitudes sobre las generalidades de prevención del cáncer de estómago, presentaron actitud positiva el 54,1 % (124 estudiantes) y el 45,9 % (105 estudiantes) presentaron actitud negativa en la dimensión evaluada.

Tabla N° 13: Distribución porcentual de las actitudes sobre los signos y síntomas de prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Actitudes sobre los signos y síntomas de prevención del cáncer de estómago	F	%
Positiva	137	59,9
Negativa	92	40,2
Total	229	100,0

Fuente: Escala de actitudes sobre el cáncer del estómago en estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Del total de estudiantes de la muestra en estudio en la dimensión actitudes sobre los signos y síntomas de prevención del cáncer de estómago, presentaron actitud positiva el 59,9 % (137 estudiantes) y el 40,2 % (92 estudiantes) presentaron actitud negativa en la dimensión evaluada.

Tabla N° 14: Distribución porcentual de las actitudes sobre los factores de riesgo de prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Actitudes sobre los factores de riesgo de prevención del cáncer de estómago	F	%
Positiva	131	57,2
Negativa	98	42,8
Total	229	100,0

Fuente: Escala de actitudes sobre el cáncer del estómago en estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Del total de estudiantes de la muestra en estudio en la dimensión actitudes sobre los factores de riesgo de prevención del cáncer de estómago, presentaron actitud positiva el 57,2 % (131 estudiantes) y el 42,8 % (98 estudiantes) presentaron actitud negativa en la dimensión evaluada.

Tabla N° 15: Distribución porcentual de las actitudes sobre el tratamiento de prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Actitudes sobre el tratamiento de prevención del cáncer de estómago	F	%
Positiva	117	51,1
Negativa	112	48,9
Total	229	100,0

Fuente: Escala de actitudes sobre el cáncer del estómago en estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Del total de estudiantes de la muestra en estudio en la dimensión actitudes sobre el tratamiento de prevención del cáncer de estómago, presentaron actitud positiva el 51,1 % (117 estudiantes) y el 48,9 % (112 estudiantes) presentaron actitud negativa en la dimensión evaluada

Tabla N° 16: Distribución porcentual de las actitudes sobre las actividades de prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Actitudes sobre las actividades de prevención del cáncer de estómago	f	%
Positiva	124	54,1
Negativa	105	45,9
Total	229	100,0

Fuente: Escala de actitudes sobre el cáncer del estómago en estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Del total de estudiantes de la muestra en estudio en la dimensión actitudes sobre las actividades de prevención del cáncer de estómago, presentaron actitud positiva el 54,1 % (124 estudiantes) y el 45,9 % (105 estudiantes) presentaron actitud negativa en la dimensión evaluada

Tabla N° 17: Distribución porcentual de las actitudes generales sobre la prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015.

Actitudes generales sobre la prevención del cáncer de estómago	F	%
Positiva	127	55,5
Negativa	102	44,5
Total	229	100,0

Fuente: Escala de actitudes sobre el cáncer del estómago en estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

En forma global y general de las actitudes sobre la prevención del cáncer de estómago en la muestra total de estudiantes, presentaron actitud positiva 55,5 % (127 estudiantes) y el 44,5% (102 estudiantes) presentaron actitud negativa.

4.2. Resultados inferenciales.

Tabla N° 18: Relación entre los conocimientos y actitudes sobre las generalidades de prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Conocimiento sobre las generalidades de prevención del cáncer de estómago	Actitudes sobre las generalidades				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Positivas		Negativas		f	%		
	f	%	f	%				
Conocimientos buenos	112	48,9	12	5,2	124	54,1	4,55	0,033
Conocimientos deficientes	12	5,2	93	40,6	105	45,9		
Total	124	54,1	105	45,8	229	100,0		

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2. Aplicado a los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Al analizar la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre las generalidades de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes en estudio, se evidencio que un 48,9 % (112) tuvieron un conocimiento bueno y a la vez evidenciaron actitudes positivas frente a las generalidades prevención del cáncer de estómago. Mediante las prueba de Chi cuadrado encontramos un valor calculado de ($X^2 = 4,55$; $P \leq 0,033$) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que el conocimiento se relaciona con las actitudes en la dimensión evaluada.

Tabla N° 19: Relación entre los conocimientos y actitudes sobre los signos y síntomas de prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Conocimiento sobre signos y síntomas de prevención del cáncer de estómago	Actitudes sobre los signos y síntomas.				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Positivas		Negativas		f	%		
	f	%	f	%				
Conocimientos buenos	92	40,2	38	16,6	130	56,8	3,55	0,023
Conocimientos deficientes	45	19,7	54	23,6	99	43,2		
Total	137	59,9	92	40,2	229	100.0		

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2. Aplicado a los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Al analizar la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre los signos y síntomas de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes en estudio, se evidencio que un 40,2 % (92) tuvieron un conocimiento bueno y a la vez evidenciaron actitudes positivas sobre los signos y síntomas de prevención del cáncer de estómago. Mediante las prueba de Chi cuadrado encontramos un valor calculado de ($X^2 = 3,55$; $P \leq 0,023$) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que el conocimiento se relaciona con las actitudes en la dimensión evaluada

Tabla N°20: Relación entre los conocimientos y actitudes sobre los factores de riesgo de prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Conocimiento sobre factores de riesgo de prevención del cáncer de estómago	Actitudes sobre los factores de riesgo				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Positivas		Negativas					
	f	%	f	%	f	%		
Conocimientos buenos	101	44,1	44	19,2	145	63,3		
Conocimientos deficientes	30	13,1	54	23,6	84	36,7	5,73	0,017
Total	131	57,2	98	42,8	229	100,0		

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2. Aplicado a los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Al analizar la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre los factores de riesgo de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes en estudio, se evidenció que un 44,1 % (101) tuvieron un conocimiento bueno y a la vez evidenciaron actitudes positivas frente a los factores de riesgo de prevención del cáncer de estómago. Mediante las pruebas de Chi cuadrado encontramos un valor calculado de ($\chi^2 = 5,73$; $P \leq 0,017$) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que el conocimiento se relaciona con las actitudes en la dimensión evaluada.

Tabla N° 21: Relación entre los conocimientos y actitudes sobre el tratamiento de prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Conocimiento sobre tratamiento de prevención del cáncer de estómago	Actitudes sobre el tratamiento				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Positivas		Negativas		f	%		
	f	%	f	%				
Conocimientos buenos	96	42,0	32	14,0	128	56,0	4,70	0,027
Conocimientos deficientes	21	9,1	80	34,9	101	44,0		
Total	117	51,1	112	48,9	229	100,0		

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2. Aplicado a los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Al analizar la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre el tratamiento de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes en estudio, se evidencio que un 42,0 % (96) tuvieron un conocimiento bueno y a la vez evidenciaron actitudes positivas frente al tratamiento de prevención del cáncer de estómago. Mediante las prueba de Chi cuadrado encontramos un valor calculado de ($X^2 = 4,70$; $P \leq 0,027$) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que el conocimiento se relaciona con las actitudes en la dimensión evaluada.

Tabla N° 22: Relación entre los conocimientos y actitudes sobre las actividades de prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Conocimiento sobre actividades de prevención del cáncer de estómago	Actitudes sobre las actividades de prevención				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Positivas		Negativas		f	%		
	f	%	f	%				
Conocimientos buenos	98	42,8	35	15,3	133	58,1		
Conocimientos deficientes	26	11,4	70	30,5	96	41,9	4,70	0,027
Total	124	54,2	105	45,8	229	100.0		

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2. Aplicado a los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Al analizar la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre las actividades de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes en estudio, se evidencio que un 42,8 % (98) tuvieron un conocimiento bueno y a la vez evidenciaron actitudes positivas sobre el tratamiento de prevención del cáncer de estómago. Mediante las prueba de Chi cuadrado encontramos un valor calculado de ($X^2 = 4,70$; $P \leq 0,027$) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que el conocimiento se relaciona con las actitudes en la dimensión evaluada.

Tabla N° 23: Relación entre los conocimientos y actitudes sobre prevención del cáncer de estómago de los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Conocimiento sobre prevención del cáncer de estómago	Actitudes sobre la prevención				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Positivas		Negativas		f	%		
	f	%	f	%				
Conocimientos buenos	98	42,8	8	3,5	106	46,3	2,70	0,047
Conocimientos deficientes	29	12,7	94	41,0	123	53,7		
Total	127	55.5	102	44.5	229	100.0		

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2. Aplicado a los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, 2015

Al analizar en forma general y global la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre la prevención del cáncer de estómago en los estudiantes en estudio, se evidencio que un 42,8 % (98) tuvieron un conocimiento bueno y a la vez evidenciaron actitudes positivas sobre el tratamiento de prevención del cáncer de estómago. Mediante las prueba de Chi cuadrado encontramos un valor calculado de ($X^2 = 2,70$; $P \leq 0,047$) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que existe relación entre los conocimientos y las actitudes frente a la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco 2015.

CAPITULO V.

DISCUSIÓN.

5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Antes de iniciar la discusión, se señala que los instrumentos de investigación utilizados fueron validados para el presente estudio. Además se reconoce que el diseño transversal, aplicado no permite generalizar los resultados hacia otros contextos, siendo muy singular para la realidad específicamente para la universidad ámbito de estudio, por lo que las futuras investigaciones deberán abordar diseños de mayor alcance inferencial y poder generalizar los resultados hacia otros contextos. Mientras tanto se garantiza la validez interna del estudio, en el sentido, de que las pruebas estadísticas aplicadas para comprobar las relaciones establecidas resultaron ser significativas a nivel de confianza del 95 % y para un valor $p \leq 0,05$.

El conocimiento sobre la prevención del cáncer en jóvenes permite que se establezcan comportamientos saludables a fin de evitar conductas riesgo que podrían originarles posteriormente cáncer.

La prevención del cáncer está muy vinculada a los estilos de vida ya que si una persona tiene un estilo de vida saludable disminuirá en gran medida el riesgo de contraer cáncer, como sabemos los jóvenes en su etapa universitaria forjan hábitos y/o costumbres que posteriormente puedan condicionar su salud cuando sean adultos, pero también guarda relación con la actitud preventiva de respuesta a la prevención.

En cuanto a los aspectos socio demográficos de los estudiantes de la muestra en estudio se evidencia que el 51,5% (118) se encontraron entre 18 a 22 años, el 86,6 % (199) fueron del sexo femenino; la procedencia encontrada fue del 79,5 % (182) para urbano, el 88,6% (203) fueron solteros y la religión que mayormente profesan fue de 73,4 % (168) para la católica.

En este contexto en el presente estudio se identificó que los conocimientos sobre la prevención del cáncer de estómago fueron buenos en un 46,2 % (106 estudiantes) y presentaron actitud positiva 55,6 % (127 estudiantes).

El conocimiento está constituido por raciocinios, juicios e ideas; en la prevención, aporta fuerza motivacional previa a la toma de decisiones para realizar una práctica de salud determinada. En la sociedad moderna, las personas se encuentran permanentemente bombardeadas por una gran cantidad de información; cada individuo responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír, pero es tal vez las actividades preventivos promocionales, la única forma de prevenir el desarrollo de enfermedades como el cáncer de estómago.

Nuestros resultados concuerdan con el estudio de Ricse ⁽⁴²⁾, titulado “Factores de riesgo y conocimiento sobre prevención del cáncer de mama en mujeres usuarias del C.S. Materno Infantil "Tablada de Lurín" Villa María del Triunfo 2006” en la que se concluye que de 72 pacientes encuestados que un 50% (38) obtuvo un nivel de conocimientos medio, el

31,6 (24) con un nivel de conocimiento alto y un 18.4% (14) con un conocimiento bajo (13).

Los hallazgos también son concordantes con el estudio realizado por Baldi; Romero; Páez ⁽⁴³⁾. (2002) Colombia. Denominado “Información sobre el cáncer y estilos de vida en estudiantes de la Universidad Nacional de San Juan” en donde concluye que el 54,2% de las personas encuestadas opinan que existe una gran influencia de los factores medioambientales y hereditarios en el desarrollo del cáncer, además que el 50,9% opina que el tabaco es el factor de riesgo más importante por su peligrosidad carcinógena y que el 84,4 % considera que la detección precoz facilita la curación del cáncer, mientras que el 14,1 opina que no es relevante.

En el nivel de conocimiento de prevención cáncer por cada dimensión con respecto a la dimensión de las generalidades del cáncer de estómago en la prevención del cáncer de estómago, presentaron conocimiento bueno el 54,1 % en la dimensión signos y síntomas los conocimientos son buenos en un 56,8 %, para la dimensión conocimientos sobre los factores de riesgo los valores son de 63,3 % para los conocimientos buenos, asimismo para la dimisión tratamiento los conocimientos son buenos en un 55,9 % y para la dimensión actividades de prevención los conocimientos buenos representa el 58,1 %.

En la dimensión conocimiento de la prevención de cáncer de estómago se podría concluir que los estudiantes identifican la importancia y el beneficio que representa la una identificación oportuna del desarrollo del cáncer de estómago.

Estos resultados fueron diferentes a los encontrados por Cutipa ⁽⁴⁴⁾, en el estudio desarrollado sobre “Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en usuarios del C.S. Primavera en el distrito El Agustino, 2010”, quien concluyó que: El nivel de conocimiento en los usuarios que acuden al Centro de Salud Primavera sobre prevención de cáncer de estómago, es medio con tendencia a bajo; hay una tendencia a que los usuarios tomen de manera consciente decisiones para mejorar sus conductas o acciones relacionadas a la prevención, por otro lado existe un porcentaje significativo de usuarios que tienen un nivel de conocimiento bajo, que podría significarles una mayor propensión a padecer esta enfermedad.

En otro estudio realizado por Medina ⁽⁴⁵⁾ en el (2013) encontró que el nivel de conocimiento de prevención del cáncer se relaciona con los estilos de vida ($P < 0,05$)., sin embargo la mayoría de estudiantes de educación tienen un conocimiento medio de prevención de cáncer y los estilos de vida en su mayoría son medianamente saludables, siendo en un menor porcentaje los que tienen un estilo de vida saludable, ya que están podrían estar próximos a tener estilos de vida no saludables , ya las actividades académicas como otros factores sociales intervienen en el comportamiento de la persona así como también el poco impacto del sector de salud en cuanto a promover la prevención del cáncer , datos que guardan relación con lo reportado en esta investigación.

En cuanto al papel de las actitudes sobre la salud, se ha considerado que “un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento y actitudes respecto a

la enfermedad”, y esto quiere decir, en otras palabras, que muchas de nuestras enfermedades obedecen a nuestra propia voluntad. Los resultados anteriores conducen a pensar que los estudiantes en la necesidad de generar una mayor conciencia y sensibilidad en esta población, pues un estilo de vida saludable y una buena predisposición para evitar la enfermedad constituyen un factor fundamental para evitar el desarrollo de cáncer.

En ese contexto en forma global y general de las actitudes sobre la prevención del cáncer de estómago en la muestra total de estudiantes, presentaron actitud positiva 55,6 % y el 44,5% presentaron actitud negativa, resultados que son similares a lo obtenido por Vivas ⁽⁴⁶⁾ y otros (2012) en su estudio Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama, quienes concluyeron que: el 80% de las mujeres muestran una actitud favorable frente a la prevención y promoción de la salud. Manteniendo la disposición de poner en práctica los conocimientos adquiridos y buscando asistencia médica oportuna. El 54% presentan prácticas inadecuadas, revelando que las intervenciones realizadas por las mujeres para el cuidado de su salud no constituyen un factor protector para la prevención de cáncer de mama.

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación, permitió plantear las siguientes conclusiones:

- 1.- Respecto a la edad de los estudiantes, el mayor porcentaje 51.5% se encuentran en el grupo etario que fluctúa entre las edades de 18 a 22 años de edad, edad concordante a nuestra realidad educativa, y la culminación de la carrera universitaria ocurre en promedio a los 25 años.
- 2.- El mayor porcentaje (86.6%) de estudiantes son del sexo femenino, lo cual es característico de la profesión, ya que desde sus inicios la preferencia es por gran mayoría para género femenino.
- 3.- El 79.5% proceden del área urbano, población que posee mayor capacidad de gasto, ya que el estudio se desarrolló en una universidad particular.
- 4.- La gran mayoría pertenecen al estado civil de soltero (88.6%); debido a que el estudio se realizó en estudiantes con edad promedio de 25 años, etapa donde la mayoría de personas se encuentran solteras.
- 5.- La religión que mayormente profesan los estudiantes es el católico, lo cual alcanza hasta el 73.4%; realidad que responde a las creencias heredadas luego de la conquista española.
- 6.- 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 ($X^2 = 2,70$;

$P \leq 0,047$) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que existe relación entre los conocimientos y las actitudes frente a la prevención de cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco 2015.

- 7.- En la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre las de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes en estudio, se evidencio que un 48,9 % (112) tuvieron un conocimiento bueno y a la vez evidenciaron actitudes positivas frente a las generalidades prevención del cáncer de estómago. Mediante las prueba de Chi cuadrado encontramos un valor calculado de ($X^2 = 4,55$; $P \leq 0,033$) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que el conocimiento se relaciona con las actitudes en la dimensión evaluada.
- 8.- En la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre los signos y síntomas de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes en estudio, se evidencio que un 40,2 % (92) tuvieron un conocimiento bueno y a la vez evidenciaron actitudes positivas sobre los signos y síntomas de prevención del cáncer de estómago. Mediante las prueba de Chi cuadrado encontramos un valor calculado de ($X^2 = 3,55$; $P \leq 0,023$) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que el conocimiento se relaciona con las actitudes en la dimensión evaluada.
- 9.- En la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre los factores de riesgo de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes en estudio, se evidencio que un 44,1 % (101) tuvieron un conocimiento

bueno y a la vez evidenciaron actitudes positivas frente a los factores de riesgo de prevención del cáncer de estómago. Mediante las prueba de Chi cuadrado encontramos un valor calculado de ($X^2 = 5,73$; $P \leq 0,017$) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que el conocimiento se relaciona con las actitudes en la dimensión evaluada.

10.- En la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre el tratamiento de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes en estudio, se evidencio que un 42,0 % (96) tuvieron un conocimiento bueno y a la vez evidenciaron actitudes positivas frente al tratamiento de prevención del cáncer de estómago. Mediante las prueba de Chi cuadrado encontramos un valor calculado de ($X^2 = 4,70$; $P \leq 0,027$) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que el conocimiento se relaciona con las actitudes en la dimensión evaluada.

11.- En la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre las actividades de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes en estudio, se evidencio que un 42,8 % (98) tuvieron un conocimiento bueno y a la vez se evidenciaron mediante sus actitudes positivas sobre el tratamiento de prevención del cáncer de estómago. Mediante las prueba de Chi cuadrado encontramos un valor calculado de ($X^2 = 4,70$; $P \leq 0,027$) con lo que se acepta la hipótesis de investigación, el mismo que indica que el conocimiento se relaciona con las actitudes en la dimensión evaluada.

12.- En conclusión de acuerdo a la Hipótesis de investigación planteada en el presente estudio se rechaza la hipótesis nula y se acepta la de

investigación en donde se refiere a que existe relación entre los conocimientos y las actitudes de prevención del cáncer de estómago en los estudiantes de enfermería de la universidad de Huánuco en el 2015.

RECOMENDACIONES

A la Universidad de Huánuco:

1. Promover estudios de investigación en los docentes y alumnos para profundizar la variable tratada en el presente estudio.
2. Se recomienda realizar programas de promoción y prevención en los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer, ejecutándolos desde las edades más tempranas hasta las edades más adultas con el fin de disminuir las tasas de morbimortalidad que presenta este tipo de enfermedad.
3. Incorporar estrategias de educación para la salud dirigidas a la prevención de la enfermedad a través del control de los principales factores de riesgo modificables, como la realización de actividad física, el consumo de frutas y verduras, el bajo consumo de bebidas alcohólicas, el no consumo del tabaco, para un mejor estilo de vida.
4. Resulta pertinente la acción institucional enfocada en la formulación e implementación de próximas investigaciones dirigidas al interior de la Universidad de Huánuco, las cuales permitan adoptar los marcos específicos de acción desarrollados para el control del cáncer y así motivar la formulación de acciones de control dirigida a aumentar el potencial humano en salud de la comunidad académica de la universidad, para las intervenciones en promoción de la salud para la prevención de factores de riesgo para el cáncer en poblaciones como la objeto de estudio.

5. Implementar un comedor estudiantil donde se expendan alimentos saludables para que los estudiantes tengan oportunidad de consumo.

A las autoridades de Salud:

6. Promover, implementar y fortalecer programas de promoción y prevención del cáncer de estómago dirigidos a la población adulta y adulto mayor.

A los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería.

7. Desarrollar actividades dirigidas a mejorar los conocimientos y actitudes hacia la prevención del cáncer de estómago en las actividades de extensión universitaria.
8. Estar concientizados en la ingesta de alimentos saludables, obviando ingerir alimentos chatarra, evitando de una forma como prevención del cáncer de estómago.
9. Deberá quedar como un estudio, el cual sirva de mejora para incentivar a todos los estudiantes sobre un buen estilo de vida saludable, netamente como promoción de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS); Revista Ciencias médicas; 2012; [Internet]. [citado 2015 marzo 23], disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
2. Flórez N. Revista colombiana de gastroenterología. [Internet]. 2012, Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-99572012000200005&script=sci_arttext
3. Instituto nacional de enfermedades neoplásicas, epidemiología del cáncer. Revista de Ciencias médicas; 2011,[Internet]. citado 2015 marzo 23], disponible en:, http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/eventos-inen/20042012_200412.pdf
4. INEN; coalición multisectorial contra el cáncer, Revista. Ciencias médicas; 2010, [Internet] [citado 2015 marzo 27], disponible en:, http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/Curso/Manual_Doc_Final_0308.pdf
5. MINSA, Estudio de enfermedades no transmisibles; Ciencias médicas; 2010. [Internet]. [citado 2015 marzo 26], disponible en:, <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1785.pdf>
6. American Cancer Society (2009-2011). "Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los hispanos/latinos 2009-2011"
7. Aliada contra en cáncer, Cáncer de estómago; [Internet]. Ciencias médicas; 2013. [citado 2015 abril 26], disponible en:, <http://www.aliada.com.pe/tipos-de-cancer/cancer-de-estomago/>
8. Florez N. op cit 18
9. Instituto nacional de enfermedades neoplásicas op cit 36
10. INEN; coalición multisectorial contra el cáncer op cit 46
11. OMS, Datos y cifras del cáncer, [Internet]. Ciencias médicas; 2012. [citado 2015 abril 26], disponible en <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
12. Vidaurre T; Cancer en el Perú; [Internet]. Ciencias médicas; 2013. [citado 2015 abril 26], disponible en <http://www.inen.sld.pe/portal/prensa/notas/413-np-014-12.html>

13. Vallejos C; Doctor en casa contra el cáncer; Ciencias médicas; 2008. [Internet]. [citado 2015 abril 26], disponible en <http://www.larepublica.pe/05-06-2005/doctor-en-casa-contra-el-cancer>
14. MINSA, Análisis de la situación del cáncer en el Perú; [Internet]. Ciencias médicas; 2013. [citado 2015 marzo 26], disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1785.pdf>
15. Vallejos op cit 36
16. MINSA, Análisis de la situación del cáncer en el Perú
17. Pérez S., Caracterización del cáncer gástrico. [Internet]. Ciencias médicas; 2012 [citado 2014 octubre 22], disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Resultados_Busqueda.asp?q=C ONOCIMIENTO%20SOBRE%20CANCER%20DE%20ESTÓMAGO%20BibVirtual/Tesis&domains=http://cybertesis.unmsm.edu.pe/simple-search?query=&submit=Buscar+&sitesearch=sisbib.unmsm.edu.pe
18. Gómez M., Factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes colombianos. [Internet]. Ciencias médicas; 2010 [citado 2014 noviembre 03], disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337731606004>
19. Olaya D., Conductas de riesgo asociadas a cáncer gástrico en pobladores de la comunidad de Ccenoco, México. [Internet]. Ciencias médicas; 2010 [citado 2014 noviembre 02], disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/nieto/Ginecologia/2012/suplemento12/contenido.pdf>
20. Verdalet M., Factores Asociados al Desarrollo de Cáncer Gástrico en Pacientes del CECan. [Internet]. Ciencias médicas; 2010 [citado 2015 marzo 22].
21. Cutipa K., Nivel de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago en usuarios del C.S. Primavera en el distrito El Agustino, 2010. [Tesis enfermería]. Ciencias médicas; 2010
22. Ramírez A. y Sánchez R., Helicobacter pylori y cáncer gástrico. *Rev. gastroenterol. Perú* [online]. 2008, vol.28, n.3 [citado 2015-04-02], pp. 258-266. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-512920080003000008&lng=es&nrm=iso%3E.%20ISSN%201022-5129
23. Pilco P., Cáncer Gástrico en Lima Metropolitana. *Rev. gastroenterol. Perú* [online]. 2006, vol.26, n.4 [citado 2015-04-02], pp. 377-385. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292006000400006&lng=es&nrm=iso. ISSN 1022-5129.

24. Raraz J. y Damaso B;. Factores relacionados a la metaplasia intestinal en un hospital público en Huánuco; [Internet]. Ciencias médicas; 2015 [citado 2015 marzo 20], disponible en: http://fondoeditorialcmp.com/acta_medica_peruana_31_3_julio_septiembre_2014.pdf#page=46
25. Reinhold E. teoría del conocimiento [Internet]. Ciencias filosóficas; [citado 2015 marzo 23], disponible en: <http://www.mercaba.org/Filosofia/PDF/Tor%C3%ADa%20del%20Conocimiento.pdf>
26. Sartre G. Teoría de las actitudes; conocimiento [Internet]. Ciencias filosóficas; [citado 2015 marzo 23], disponible en: <http://www.observacionesfilosoficas.net/sartreteoriafenom.html>
27. Fishbein L. y Ajzen J.. Teoría de la acción razonada; [Internet]. Ciencias filosóficas; [citado 2015 marzo 26], disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa_de_la_acci%C3%B3n_razonada
28. Sakraida, T., y Pender, N. J. El modelo de promoción de la salud. *Modelos y teorías en enfermería. 6ta ed. Madrid, Elsevier Mosby*, 452-15. Disponible en: <http://es.slideshare.net/estherodarjaviel/resencin>
29. Ramirez A. y Sanchez R., Helicobacter pylori y cáncer gástrico. *Rev. gastroenterol. Perú* [online]. 2008, vol.28, n.3 [citado 2015-04-02], pp. 258-266. Disponible en:
30. Guía clínica cáncer gástrico. Serie guías clínicas. Ministerio de Salud. MINSAL N°35. Santiago, 2006.
31. Guía Contra El Cáncer. Asociación americana contra el cáncer. Nota descriptiva. 2010. www.cancer.org/docroot/esp/esp_0.asp
32. OMS; cáncer [Internet]. Ciencias médicas; [citado 2015 marzo 23], disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
33. Ibid. (Pag. - 34)
34. Ibid. (Pag. - 38)
35. Prevención en Salud. es.wikipedia.org/wiki/Medicina_preventiva
36. Ibid. (Pag. - 18)

37. Instituto nacional de enfermedades neoplásicas. [Internet]. Ciencias médicas; [citado 2015 marzo 23], disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/eventos-inen/20042012_200412.pdf
38. Ibid.(Pag. 66)
39. Trejo Martínez F. Aplicación del Modelo de Nola Pender a un Adolescente con Sedentarismo. 2010. [fecha de acceso 25 de setiembre]; 9(1). URL disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101j.pdf>
40. Ibid. (Pag.12)
41. Instituto nacional de enfermedades neoplásicas
42. Ricse Ascencios Jannet Jakeline. “Factores de riesgo y conocimiento sobre prevención del cáncer de mama en mujeres usuarias del C. S. Materno Infantil Tablada de Lurín Villa María del Triunfo”. Tesis para optar Título Profesional de Licenciada en Enfermería, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima; 2007.
43. Graciela Baldi; Clementina Romero Levin; Lorena Paez; (Lics. en Psicología) Mónica Chacoma (Lic. en Sociología) . Investigadoras Adscriptas al Proyecto. IISE. FACSO. UNSJ.
44. Cutipa K., op cit. 34
45. Jéssica Lourdes Medina Quispe nivel de conocimiento de prevención del cáncer y su relación con los estilos de vida en los estudiantes de educación de la U- 2012- Universidad nacional Jorge Basadre grohmann –Tacna facultad de ciencias de la salud escuela académico profesional de enfermería
46. Vivas V., conocimiento, actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama, 2012. [Internet]. Ciencias médicas; 2012 [citado 2016 abril 25], disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4114562.pdf>

ANEXOS

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO Nº 01**GUIA DE ENTREVISTA SOCIODEMOGRAFICA APLICADA A LA MUESTRA EN ESTUDIO.**

TITULO DE LA INVESTIGACION: “Conocimientos y actitudes sobre prevención del cáncer de estómago en estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco 2014”

INSTRUCCIONES: Estimado (a) estudiante, sírvase responder de manera apropiada las características sociodemográficas del presente cuestionario. Para efecto sírvase marcar con un aspa (X) dentro de los paréntesis las respuestas que usted considere pertinente. Sus respuestas serán manejadas de carácter confidencial por lo cual se le pide veracidad en sus respuestas.

Gracias por su colaboración.

I. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

1. ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?

2. ¿A qué género perteneces?

- a) Masculino ()
b) Femenino ()

3. ¿De qué zona procedes?

- a) Urbana ()
b) Rural ()
c) Urbano marginal ()

II. CARACTERISTICAS SOCIALES

4. ¿Cuál es tu estado civil?

- a) Soltero (a) ()
b) Casado (a) ()
c) Conviviente ()
d) Viudo ()

5. ¿Qué religión profesas?

- a) Católico ()
b) Evangélico ()
c) Mormón ()
d) Otros () Especifique_____

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO Nº 02

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE CÁNCER DE ESTÓMAGO

TITULO: “Conocimientos y actitudes sobre prevención del cáncer de estómago en estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco 2014”

INSTRUCCIONES: Estimado(a) estudiante: a continuación encontrará una serie de preguntas de conocimientos sobre prevención de cáncer de estómago. Sírvase marcar con un aspa(x) dentro de los paréntesis las respuestas que usted considere correcto. El instrumento fue elaborado por el responsable del estudio, es completamente anónimo y los datos serán usados solo para el estudio científico; cordialmente agradezco su participación.

I. GENERALIDADES DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL CÁNCER DE ESTÓMAGO

1. ¿Cómo definiría Ud. el cáncer de estómago?

- a) No sé definirlo ()
- b) Es la presencia de células maligna en el estómago ()
- c) Es la presencia de cualquier lesión en el estómago ()
- d) Es la presencia de dolor en el estómago ()
- e) Es la presencia de ardor en el estómago ()

2. La edad en que se presenta con mayor frecuencia el cáncer de estómago es:

- a) 20 a 29 años ()
- b) 30 a 39 años ()
- c) 40 a 49 años ()
- d) 50 a 59 años ()
- e) 60 años a más ()

3. El género en el que se presenta el mayor número de casos de cáncer de estómago es:

- a) Varones ()
- b) Mujeres ()
- c) Ambos ()
- d) No tengo idea al respecto ()

4. **¿Conoce Ud.Cuál es la bacteria que está reconocida como que “da origen” al cáncer de estómago?**
- a) No sé qué es lo que causa el cáncer de estómago ()
 - b) Salmonella ()
 - c) Helicobacter pylori ()
 - d) H₁N₁ ()
 - e) Vibrio Cholerae ()
5. **¿Esta bacteria por si sola es capaz de originar el cáncer de estómago?**
- a) Si, esta bacteria por si sola origina el cáncer al estómago ()
 - b) No, esta bacteria por sí sola no origina el cáncer al estómago ()
 - c) No, esta bacteria junto con otros factores predisponentes originan el cáncer de estómago ()
 - d) No sé si esta bacteria puede causar el cáncer de estómago ()
6. **¿Esta bacteria podría causar lesiones en el estómago que pudieran convertirse en cáncer?**
- a) Si, esta bacteria causa lesiones en el estómago que pueden convertirse en células cancerígenas ()
 - b) No, esta bacteria no causa lesiones en el estómago ()
 - c) Si, esta bacteria causa lesiones en el estómago pero estas pueden curarse espontáneamente ()
 - d) No sé si esta bacteria causa lesiones que puedan convertirse en cáncer de estómago ()

II. CONOCIMIENTOS SOBRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO

7. **¿Con qué signos y síntomas asocia usted el cáncer de estómago?**
- a) Ardor en el estómago, dolor abdominal, náuseas y vómitos, pérdida del apetito, pérdida de peso ()
 - b) Dolor abdominal, diarrea, escalofríos, dolores musculares ()
 - c) Diarrea, deshidratación, fiebre ()
 - d) Diarrea, vómitos, fatiga, calambres, dificultad para comer ()
 - e) No tengo idea al respecto. ()
8. **¿Qué patología es considerada como la fase previa del cáncer de estómago?**
- a) Gastritis ()
 - b) Úlcera gástrica ()

- c) Dispepsia ()
- d) Gastroenteritis ()
- e) No tengo idea al respecto ()

III. CONOCIMIENTOS SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO

9. **¿Considera Ud. que tener antecedentes de familiares con cáncer de estómago representa un factor de riesgo para que también Ud. lo tenga?**

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No sé ()

10. **¿Qué alimentos considera Ud. que están mayormente relacionados a la aparición de cáncer de estómago?**

- a) Frutas y hortalizas (naranja, papaya, brócoli, etc.) ()
- b) Lácteos (leche, queso, etc.) ()
- c) Embutidos (jamón, chorizo, salchichas, etc.) ()
- d) Productos de pastelería (bizcochos, tortas, etc.) ()
- e) No tengo idea ()

11. **¿Considera Ud. que comer alimentos preparados el día anterior (“calentados”) aumentaría el riesgo de padecer de cáncer de estómago?**

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No sé ()

12. **¿Considera Ud. que consumir sal en exceso constituye un factor de riesgo para padecer de cáncer de estómago?**

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No sé ()

13. **¿Considera Ud. que comer a cualquier hora el desayuno, almuerzo o cena aumentaría el riesgo de padecer de cáncer de estómago?**

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No sé ()

14. **¿Considera Ud. que tomar agua sin hervir aumentaría el riesgo de padecer de cáncer de estómago?**

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No sé ()

15. **Existen enfermedades que elevan el riesgo de padecer cáncer de estómago. ¿Conoce Ud. algunas de ellas?**

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No sé ()

16. **De los tipos de trabajos que se mencionan a continuación ¿Cuál crees que se relaciona con la aparición del cáncer de estómago?**

- a) Industria del carbón, llantas, fundición de hierro y acero ()
- b) Industria de cuaderno, lapiceros, muebles de escritorios ()
- c) Industria de ropa de algodón, lino y poly algodón ()
- d) Industria del transporte ()
- e) No sé ()

17. **¿Considera Ud. que el hábito nocivo de fumar constituye un factor de riesgo para padecer de cáncer de estómago?**

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No sé ()

18. **¿Considera Ud. que el hábito nocivo de consumir alcohol constituye un factor de riesgo para padecer de cáncer de estómago?**

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No sé ()

19. **¿Cree Ud. que la higiene personal y la de los alimentos reduciría el riesgo de padecer de cáncer de estómago?**

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No sé ()

IV. CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRATAMIENTO PARA DEL CÁNCER DE ESTOMÁGO

20. **¿Tiene conocimiento Ud. que el tratamiento durante la etapa previa del cáncer de estómago es importante?**

- a) Si ()
- b) No ()

c) No sabe ()

21. **¿Tiene conocimiento Ud. que para el tratamiento adecuado de la fase previa y del cáncer de estómago se requiere atención médica especializada?**

a) Si ()

b) No ()

c) No sabe ()

22. **¿Qué tipo de tratamientos conoce Ud. para el cáncer de estómago?**

a) Ninguno ()

b) Quimioterapias ()

c) Sintomáticos ()

d) Naturales ()

e) Quirúrgicos ()

f) No conozco los tratamientos para el cáncer de estómago ()

23. **¿Qué medicamento asocia Ud. como importante para la prevención y tratamiento de las lesiones causadas por el Helicobacter pylori y cáncer de estómago?**

a) Ranitidina, amoxicilina ()

b) Ciprofloxacino, clindamicina ()

c) Omeprazol, lanzoprazol. ()

d) No tengo conocimiento al respecto ()

24. **¿Conoce usted si existen tratamientos naturales para contrarrestar las molestias iniciales del cáncer de estómago y prevenirlas?**

a) Sí ()

b) No ()

c) No sé ()

V. CONOCIMIENTOS SOBRE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO

25. **¿Conoce Ud. que asistir a la consulta médica en forma periódica es importante para la prevención del cáncer de estómago?**

a) Sí ()

b) No ()

c) No sé ()

26. **¿Para Ud. es importante recibir información que contribuya la**

prevención del cáncer de estómago?

- a) Sí ()
- b) No ()
- c) No sé ()

27. ¿Conoce Ud. que la prueba de endoscopia es importante para la prevención del cáncer de estómago?

- a) Sí ()
- b) No ()
- c) No sé ()

28. ¿Conoce Ud. que la biopsia es importante para la prevención del cáncer de estómago?

- a) Sí ()
- b) No ()
- c) No sé ()

29. Las pruebas de endoscopía y biopsia sirven para:

- a) Detectar en forma temprana alteraciones y lesiones en las paredes del estómago que posteriormente puedan llegar a convertirse en cáncer del estómago. ()
- b) Identificar el cáncer de estómago. ()
- c) Identificar la presencia de *Helicobacter pylori*. ()
- d) No conozco para que sirve estas pruebas ()

30. ¿Con qué frecuencia considera Ud. que se debe realizar la endoscopía?

- a) Siempre que el médico lo indique. ()
- b) Una vez al mes ()
- c) Una vez al año ()
- d) Una vez cada 2 años ()
- e) Nunca ()
- f) No sé con qué frecuencia se debe realizar ()

31. ¿Conoce a partir de qué edad se debe realizar una endoscopia?:

- a) Siempre que el médico lo crea conveniente ()
- b) A partir de los 20 años ()
- c) A partir de los 30 años ()
- d) A partir de los 40 años ()
- e) Más de 40 años ()
- f) No sé a partir de qué edad se realiza esta prueba ()

Gracias por su colaboración...

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO Nº 03

ESCALA DE ACTITUDES SOBRE EL CÁNCER DEL ESTÓMAGO

TITULO: “Conocimientos y actitudes sobre prevención del cáncer de estómago en estudiantes de enfermería de la Universidad de Huánuco 2014”

INSTRUCCIONES. Estimado(a) estudiante: a continuación encontrará una serie de preguntas de actitudes sobre prevención de cáncer de estómago. Sírvase marcar con un aspa (x) dentro de los paréntesis las respuestas que usted considere pertinente, según la siguiente puntuación:

Totalmente en desacuerdo = 1 En desacuerdo = 2
Indiferente (ni acuerdo ni desacuerdo) = 3 En Acuerdo = 4
Totalmente de Acuerdo = 5.

El instrumento fue elaborado por el responsable del estudio, es completamente anónimo y los datos serán usados solo para el estudio científico; cordialmente agradezco su participación.

Nº	Reactivo	1	2	3	4	5
I	ACTITUDES FRENTE AL CANCER DE ESTÓMAGO					
1	El cáncer de estómago es una enfermedad que si no se identifica oportunamente puede causar la muerte en las personas que lo padecen					
2	El cáncer de estómago se puede presentar a cualquier edad.					
3	El cáncer de estómago se presenta en varones con mayor frecuencia					
4	La úlcera gástrica no tratada adecuadamente puede convertirse en cáncer de estómago					
5	Es importante tener conocimientos adecuados que permitan la identificación y tratamiento del cáncer de estómago.					
II	ACTITUDES FRENTE A LOS SIGNOS Y SINTOMAS DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO					
6	A menudo siento que me duele y arde el estómago, pero no le tomo importancia.					
7	La ulcera gástrica puede causar el cáncer de estómago					
8	Cuando se tienen el riesgo de padecer de cáncer de					

	estómago constantemente se hincha el estómago y se pierde el apetito.					
9	El cáncer de estómago inicialmente no presenta síntomas, por eso es necesario identificarlo y prevenirlo adecuadamente					
10	Cuando presente signos y síntomas probables de cáncer de estómago acudiría al médico.					
III	ACTITUD FRENTE A LOS FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO					
11	Si una persona padece o padecido de cáncer de estómago, es más probable que los familiares también sufran de esta de enfermedad.					
12	Cuando llego tarde a mi casa, acostumbro a recalentar mis alimentos para poder consumirlos.					
13	En ocasiones consumo alimentos que fueron preparados el día anterior.					
14	El consumo de grasas y alimentos procesados aumenta el riesgo de padecer de cáncer de estómago					
15	Consumo mis alimentos a cualquier hora, no tengo un horario fijo, si se me apetece como lo que deseo					
16	Consumir sal en exceso incrementa el riesgo de padecer de cáncer de estómago.					
17	La higiene personal y la de los alimentos disminuyen el riesgo de sufrir de cáncer de estómago.					
18	Algunas enfermedades aumentan el riesgo de padecer de cáncer de estómago.					
19	Acostumbro consumir alcohol con frecuencia, en ocasiones fumo, pero no creo que esto pueda causar cáncer de estómago.					
20	Tomar agua sucia aumenta el riesgo de sufrir de cáncer de estómago.					
21	Consumir medicamentos antiinflamatorios en exceso incrementa el riesgo de padecer de cáncer de estómago.					
IV	ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO					
22	No creo que recibir un tratamiento sea importante en el cáncer de estómago, al fin y al cabo siempre te vas a morir.					
23	No me gustaría recibir tratamiento si es que padeciera de cáncer de estómago					
24	Cuando se padece de cáncer de estómago es necesario recibir atención médica especializada					
25	Prefiero utilizar tratamiento naturales para tratar las úlceras gástricas y el cáncer de estómago,					
26	Si tuviera cáncer de estómago acudiría a la quimioterapia si el médico lo indica					

V	ACTITUD FRENTE A LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO					
27	Cuando presentes molestias en el estómago, tipo dolor abdominal y ardor, acudiría al médico.					
28	El profesional más indicado y especializado para detectar el cáncer de estómago es el gastroenterólogo.					
29	La endoscopia y la biopsia son pruebas que permiten anticipar el cáncer de estómago o descubrirlo en su estado oculto.					
30	Se debe realizar la endoscopia y biopsia en forma periódica cuando el médico lo considere pertinente.					
31	No existe una edad adecuada para realizarse una endoscopia, se realiza siempre que se considere necesario.					
32	Es importante recibir información adecuada por parte del personal de salud sobre el cáncer de estómago, sus causas, factores de riesgo, tratamientos y formas de prevención.					

Gracias por su colaboración...

ANEXO N° 04

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El suscrito, estudiante

Con D.N.I..... declaro haber recibido información completa de la investigación que realizará la señorita Marylia Villanueva Rivera, alumna de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huánuco. Titulada: “Conocimientos y Actitudes frente a la prevención del cáncer de estómago en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Huánuco 2016.”

Acepto libremente participar de la investigación y que los resultados sean utilizados en el documento final, estoy consciente de que puedo negarme a participar en cualquier etapa de la investigación.

Nombres y firma del participante.

Firma del Estudiante de Enfermería: _____

Huánuco, a los..... días del mes de mayo de 2015.

ANEXO Nº 06

TABLA DE VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS

Nombre del experto.....

Especialidad.....

II. APRECIACION 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 la dimensión o indicador que están midiendo	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 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	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

misma dimensión bastan para obtener la medición de esta.		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

II. DECISION DEL EXPERTO

1. Los instrumentos deben ser aplicados:

- a) SI ()
b) NO ()

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

En Huánuco, a los _____ días del mes de _____ de 2015.

Firma del experto

ANEXO N° 07**PRUEBA DE CONFIABILIDAD.****Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,860	20

Con un resultado Alfa de 0,86 se considera un instrumento confiable.