



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO EN
PACIENTES DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, LIMA,
AGOSTO–DICIEMBRE 2024

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora:

Tocto Díaz, Milagros del Pilar

Asesor:

López Gabriel, Wilfredo Gerardo

ORCID: 0000-0002-5322-9613

Jurado:

Gallardo Vallejo, Duber Odilon

Orrego Velasquez, Manuel Anibal

Ramirez Alvizuri, Edward

Lima - Perú

2025



CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, LIMA, AGOSTO–DICIEMBRE 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

21 %

INDICE DE SIMILITUD

20 %

FUENTES DE INTERNET

4 %

PUBLICACIONES

6 %

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	2 %
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2 %
3	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	2 %
4	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	2 %
5	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1 %
6	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1 %
7	es.scribd.com Fuente de Internet	1 %
8	1library.co Fuente de Internet	<1 %



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO EN
PACIENTES DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, LIMA,
AGOSTO–DICIEMBRE 2024

Línea de Investigación

Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora

Tocto Díaz, Milagros del Pilar

Asesor

López Gabriel, Wilfredo Gerardo

ORCID: 0000-0002-5322-9613

Jurado

Gallardo Vallejo, Duber Odilon

Orrego Velasquez, Manuel Anibal

Ramirez Alvizuri, Edward

Lima – Perú

2025

DEDICATORIA

A mi madre, hermanos y las personas que ocupan un lugar importante en mi corazón, que estuvieron siempre conmigo en todos estos años de sacrificio y dedicación.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la fuerza para continuar en este largo camino y cumplir uno de mis sueños más preciados.

A mi familia y seres queridos por su apoyo incondicional.

A mi universidad por brindarme la oportunidad de culminar esta hermosa carrera.

A mi facultad por el apoyo constante en cada etapa para lograr sustentar la presente tesis y obtener el título profesional.

A mis docentes, grandes doctores y maestros de la facultad por compartirme sus valiosos conocimientos.

Al Hospital Guillermo Almenara Irigoyen y al personal administrativo y asistencial por permitir el desarrollo de la presente tesis.

ÍNDICE

RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
I. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Descripción y formulación del problema.....	11
<i>1.1.1. Descripción del problema.....</i>	<i>11</i>
<i>1.1.2. Formulación del problema general.....</i>	<i>12</i>
<i>1.1.3. Formulación de los problemas específicos.....</i>	<i>12</i>
1.2. Antecedentes.....	13
<i>1.2.1. Internacionales.....</i>	<i>13</i>
<i>1.2.2. Nacionales.....</i>	<i>17</i>
1.3. Objetivos.....	21
<i>1.3.1. Objetivo general.....</i>	<i>21</i>
<i>1.3.2. Objetivos específicos.....</i>	<i>21</i>
1.4. Justificación.....	21
<i>1.4.1. Justificación teórica.....</i>	<i>21</i>
<i>1.4.2. Justificación práctica.....</i>	<i>22</i>
<i>1.4.3. Justificación metodológica.....</i>	<i>22</i>
<i>1.4.4. Justificación económica.....</i>	<i>22</i>
<i>1.4.5. Justificación social.....</i>	<i>23</i>
II. MARCO TEÓRICO.....	25
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	25
<i>2.1.1. Definición del cáncer gástrico.....</i>	<i>25</i>
<i>2.1.2. Tipos de cáncer gástrico.....</i>	<i>26</i>
<i>2.1.3. Factores de riesgo de cáncer gástrico.....</i>	<i>27</i>

2.1.4. Cuadro clínico del cáncer gástrico.....	34
2.1.5. Prevención del cáncer gástrico.....	35
2.1.6. Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico.....	36
III. MÉTODO.....	38
3.1. Tipo de investigación.....	38
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	38
3.3. Variables.....	38
3.4. Población y muestra.....	39
3.4.1. Población.....	39
3.4.2. Muestra.....	39
3.4.3. Criterios de inclusión.....	40
3.4.4. Criterios de exclusión.....	40
3.5. Instrumentos.....	41
3.5.1. Técnica de investigación.....	41
3.5.2. Instrumento de investigación.....	41
3.6. Procedimientos.....	42
3.7. Análisis de datos.....	42
3.8. Consideraciones éticas.....	42
IV. RESULTADOS.....	43
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	46
VI. CONCLUSIONES.....	49
VII. RECOMENDACIONES.....	50
VIII. REFERENCIAS.....	51
IX. ANEXOS.....	57
9.1. Anexo A. Matriz de consistencia.....	57

9.2. Anexo B. Operacionalización de variables.....	58
9.3. Anexo C. Consentimiento informado.....	59
9.4. Anexo D. Cuestionario.....	61
9.5. Anexo E. Escala de evaluación del instrumento.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características generales de los pacientes adultos atendidos en consultorio externo del Hospital Guillermo Almenara, agosto-diciembre 2024 (n = 376)	43
Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en consultorio externo del Hospital Guillermo Almenara, agosto-diciembre 2024.....	45

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo para el cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en consultorio externo de Medicina Interna en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, entre agosto y diciembre de 2024. **Método:** Diseño tipo no experimental, descriptivo, de corte transversal; con una muestra conformada por 376 pacientes seleccionados mediante muestreo no probabilístico de tipo intencional. Como instrumento se utilizó un cuestionario diseñado y validado en un estudio previo. **Resultados:** Con respecto al nivel general de conocimiento sobre factores de riesgo fue predominantemente medio (62.0 %), seguido por un nivel bajo (23.7 %) y alto (14.4 %). En la categoría de factores genético-personales, el nivel medio fue el más frecuente (46.1 %), mientras que el nivel bajo alcanzó un 32.7 %. Respecto a los factores medioambientales, el 58.2 % tuvo un nivel de conocimiento medio y solo el 23.9 % un nivel alto. Con respecto a los factores biológicos, el nivel medio predominó (62.5 %), y el nivel alto fue el más bajo (17.8 %), destacando el limitado conocimiento sobre infecciones como *Helicobacter pylori*. **Conclusión:** Aunque la mayoría de los pacientes tiene un conocimiento intermedio, persisten deficiencias notables en áreas clave como factores genético-personales y biológicos. Este estudio pone de manifiesto la relevancia de llevar a cabo estrategias educativas específicas para mejorar el conocimiento y promover conductas preventivas frente al cáncer gástrico.

Palabras clave: Conocimiento, factores de riesgo, cáncer gástrico, prevención

ABSTRACT

Objective: To evaluate the level of knowledge about gastric cancer risk factors among adult patients attending the outpatient Internal Medicine Department at Guillermo Almenara Irigoyen Hospital, Lima, between August and December 2024. **Method:** A non-experimental, descriptive, cross-sectional design was employed, with a sample of 376 patients selected through non-probabilistic intentional sampling. A questionnaire designed and validated in a previous study was used for data collection. **Results:** Regarding the general level of knowledge about risk factors was predominantly medium (62.0%), followed by low (23.7%) and high (14.4%) levels. In the category of genetic-personal factors, the medium level was the most frequent (46.1%), while the low level accounted for 32.7%. Regarding environmental factors, 58.2% of participants demonstrated a medium level of knowledge, and only 23.9% achieved a high level. For biological factors, the medium level predominated (62.5%), while the high level was the lowest (17.8%), highlighting limited awareness of infections such as *Helicobacter pylori*. **Conclusion:** Although most patients have an intermediate level of knowledge, significant deficiencies persist in key areas such as genetic-personal and biological factors. This study highlights the relevance of carrying out targeted educational strategies to improve knowledge and promote preventive behaviors against gastric cancer.

Keywords: knowledge; gastric cancer; risk factors; prevention.

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de estómago se posiciona entre las principales causas de fallecimientos por cáncer en todo el mundo y representa un problema significativo de salud pública, especialmente en países en desarrollo como el Perú. Esta patología ocupa el tercer lugar en frecuencia y el segundo en mortalidad a nivel global tomando en cuenta todos los tipos de cáncer. En el contexto peruano, el cáncer gástrico tiene una alta prevalencia, y muchas veces se diagnostica en etapas avanzadas, lo que limita las opciones terapéuticas y reduce la probabilidad de supervivencia. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022)

Entre los factores de riesgo más relevantes asociados al desarrollo de esta patología se encuentran la infección por *Helicobacter pylori*, los hábitos alimenticios poco saludables, el consumo excesivo de tabaco y alcohol, y antecedentes familiares de cáncer gástrico. (Morales et al., 2018)

Sin embargo, a pesar de la evidencia científica disponible, el conocimiento sobre estos factores en la población general sigue siendo limitado, lo que contribuye a la persistencia de conductas de riesgo y al retraso en el diagnóstico.

Este estudio tiene como finalidad evaluar el nivel de conocimiento acerca de los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo del cáncer gástrico en los pacientes adultos que acuden a ser atendidos por consultorio externo del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, ubicado en el distrito limeño La Victoria, en el período de agosto a diciembre de 2024. Este hospital, como institución de referencia, atiende a una población diversa y de alta vulnerabilidad, lo que lo convierte en un escenario clave para identificar brechas en el conocimiento y diseñar estrategias educativas y preventivas que impacten de manera positiva en la comunidad.

El análisis del nivel de conocimiento permitirá no solo comprender el estado actual de la información disponible para los pacientes, sino también proponer intervenciones basadas en evidencia que promuevan conductas saludables, mejoren el diagnóstico temprano y reduzcan

la carga de esta enfermedad. Este trabajo busca contribuir al desarrollo de políticas de salud pública orientadas a prevenir el cáncer gástrico y a fortalecer las capacidades individuales y comunitarias en la gestión de riesgos en salud.

1.1. Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

Las enfermedades neoplásicas son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial (Observatorio Global del Cáncer [GLOBOCAN], 2022).

Aunque el cáncer solía considerarse una enfermedad predominante en los países desarrollados, en la actualidad esta tendencia ha cambiado. Pues, más del 60% de los nuevos casos de cáncer a nivel global ocurren en Asia, África, América Central y del Sur, en estas regiones ha aumentado el 70% de las muertes relacionadas con esta enfermedad. Por esta razón, el cáncer se ha convertido en un problema cada vez más frecuente en estos países, con un pronóstico de aumento en su incidencia, y se presume que llegará a acumular el 70% de los nuevos casos para el 2030. (GLOBOCAN, 2022)

De acuerdo con la OMS, el cáncer gástrico figura entre los cinco tipos de cáncer más comunes causantes de fallecimientos a nivel global. Además, destaca que durante décadas, los índices más altos de mortalidad se han registrado en países como Japón, el norte de Europa y en las comunidades andinas de América Latina. Además, menciona que más de dos tercios de estas muertes ocurrieron en personas de entre 30 y 70 años, principalmente en naciones con ingresos medios y bajos. Se enfatiza que gran parte de estas muertes podrían haberse prevenido si los gobiernos hubieran implementado una serie de medidas preventivas adecuadas para controlar su desarrollo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2024).

En las Américas, en el año 2020, el cáncer gástrico fue responsable de 1,4 millones de muertes, de las cuales el 47% correspondió a personas de 69 años o menores. Se calcula que en ese mismo año se registraron 4 millones de casos de esta enfermedad, y las proyecciones

indican que para 2040 la cifra ascenderá a 6 millones. (OPS, 2024)

En el Perú, la tasa anual de incidencia de cáncer es de alrededor de 150.7 casos de cada 100,000 personas, llegando a un promedio de 45,000 nuevos diagnósticos al año. Entre los tipos de cáncer más agresivos y comunes se encuentra el cáncer gástrico, que a nivel nacional representa el 11.1% de las muertes por cáncer en hombres (segunda causa, después del cáncer de próstata) y el 8.6% en mujeres, posicionándose como la tercera causa de mortalidad por cáncer en este grupo. A nivel de las regiones, las tasas más altas de mortalidad por esta enfermedad se registran en Cusco, Pasco, Huánuco, Ayacucho y Huancavelica, siendo estas tres últimas caracterizadas por un alto nivel de pobreza extrema, según datos del Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2018).

En Lima metropolitana, el cáncer gástrico también constituye un significativo problema de salud pública, siendo la principal causa de mortalidad entre las neoplasias malignas al considerar ambos sexos, representa una incidencia de 17,1 casos por cada 100.000 habitantes. (Berrospi et al., 2020)

Es por eso que es importante la investigación con respecto al nivel de conocimiento que posee la población acerca de los factores de riesgo que facilitan a la aparición del cáncer gástrico para así contribuir con la prevención de esta enfermedad.

1.1.2. Formulación del problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo agosto–diciembre 2024?

1.1.3. Formulación de los problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento en el factor de riesgo genético-personal para cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en consultorio externo del Hospital

Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo agosto–diciembre 2024?

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento en el factor de riesgo medioambiental para cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en consultorio externo del Hospital

Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo agosto–diciembre 2024?

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento en el factor de riesgo biológico para cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en consultorio externo del Hospital

Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo agosto–diciembre 2024?

1.2. Antecedentes

Se presenta a continuación una revisión de literatura, estudios de investigación vinculados al tema de la presente investigación:

1.2.1. Internacionales

Wang et al. (2024) desarrollaron en China un estudio titulado “*Public awareness of gastric cancer risk factors and screening behaviours in Shijiazhuang, China: A community-based survey*”. El objetivo de este trabajo fue investigar el nivel de conciencia pública sobre los factores de riesgo de cáncer gástrico, la adherencia a los exámenes de detección y las barreras que dificultan estas prácticas en China. Se desarrolló una encuesta comunitaria en hogares de Shijiazhuang, con la participación de 1490 residentes que fueron seleccionados mediante muestreo por conglomerados estratificado en múltiples etapas. Los participantes completaron un cuestionario autoadministrado compuesto por tres secciones: datos demográficos, conocimiento acerca de los factores de riesgo de cáncer de estómago y conductas personales relacionadas con el tamizaje. Los factores asociados con el conocimiento de los riesgos y las conductas de tamizaje fueron analizados mediante regresión logística binaria. El puntaje promedio sobre el conocimiento de los factores de riesgo fue de 12 (7, 15), lo que mostró que el 51.1% de los participantes tenía un conocimiento insuficiente. Con respecto a los factores que se relacionaron con el estilo de vida alimenticio fueron mejor entendidos que

aquellos relacionados con el ejercicio físico y el peso corporal. La conciencia sobre los riesgos fue mayor en personas casadas (OR 1.967; IC del 95%: 1.415 a 2.734), con ingresos altos (OR 1.197; IC del 95%: 1.010 a 1.418) o con antecedentes de problemas gastrointestinales altos (OR 1.048; IC del 95%: 1.002 a 1.311). Solo el 21.5% de los participantes se sometió a exámenes de detección del cáncer gástrico, con tasas más altas entre personas de mayor edad (OR 1.642; IC del 95%: 1.418 a 1.902), con mayor nivel educativo (OR 1.398; IC del 95%: 1.176 a 1.662), con antecedentes de problemas gastrointestinales altos (OR 3.842; IC del 95%: 2.833 a 5.209), y con percepción moderada (OR 2.077; IC del 95%: 1.352 a 3.191) o alta (OR 2.529; IC del 95%: 1.311 a 4.878) de riesgo de cáncer gástrico. Se observó que muchos participantes rechazaron la gastroscopia por ausencia de síntomas o signos. En conclusión, en Shijiazhuang, la mayoría de los participantes presentó un conocimiento limitado acerca de los factores de riesgo para cáncer gástrico y los niveles de participación en los exámenes para detección fueron notablemente bajas.

Alghamdi et al. (2023) desarrollaron el estudio titulado "*Knowledge and Awareness About Gastric Cancer Among the General Population in Al-Baha City, Saudi Arabia*". El cul manifestó como propósito evaluar el nivel de conocimiento y conciencia sobre el cáncer gástrico entre la población general de la ciudad de Al-Baha, Arabia Saudita. Se realizó un estudio transversal entre residentes de Al-Baha mayores de 18 años. La recolección de datos se basó en un cuestionario previamente validado en un estudio anterior. El estudio incluyó a 426 participantes, de los cuales el 56.8% eran mujeres, predominando los individuos pertenecientes al rango de edad de 21 a 30 años. Con respecto a los factores de riesgo, los más reconocidos fueron el consumo de alcohol (media=4.5, DE=0.77), fumar cigarrillos o Shisha (media=4.38, DE=0.852), antecedentes familiares de cáncer gástrico (media=4, DE=1.008), antecedentes personales de cáncer gástrico (media=3.99, DE=0.911), úlcera gástrica (media=3.76, DE=0.898) y consumo de alimentos ahumados (media=3.69, DE=0.956). En cuanto a los

síntomas, los más identificados fueron el sangrado gastrointestinal (media=4.03, DE=0.875), masa abdominal (media=3.94, DE=0.926), pérdida de peso (media=3.93, DE=0.963), náuseas y vómitos recurrentes (media=3.76, DE=0.956) y dolor abdominal (media=3.57, DE=0.995). El estudio también destacó subgrupos de la población que podrían beneficiarse de programas educativos específicos, como personas que se encuentran entre 41 a 50 años y aquellos con ocupaciones no relacionadas con la medicina. Los resultados indicaron que las personas que participaron tenían un nivel moderado de conocimiento acerca de los factores de riesgo y la sintomatología del cáncer gástrico, con una variabilidad significativa entre los distintos subgrupos de la población.

Bautista y Medina (2021) desarrollaron un trabajo de investigación titulado “*Factores asociados al grado de conocimientos sobre prevención y factores que predisponen al desarrollo de cáncer gástrico en la ciudad de Loja, mayo-junio 2020*”. El estudio realizado fue observacional, transversal y analítico; además, se utilizó una encuesta validada previamente aplicada a 388 participantes quienes conformaron la muestra. Los resultados indicaron que el 82.22 % de las personas tiene un nivel adecuado de conocimientos acerca del cáncer gástrico. Se observó que los hombres mostraron más probabilidad de presentar un nivel insuficiente de conocimientos (OR: 2.1; IC 95 %: 1.2–3.57; $p < 0.005$). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la prevalencia de factores de riesgo. El factor de riesgo más prevalente (56.4 %) fue el hábito de agregar sal a más del 50 % de las comidas, seguido del consumo de alcohol (52.8 %). Se concluyó que, aunque los participantes, principalmente las mujeres, muestran un buen conocimiento sobre el cáncer de estómago, persiste una elevada prevalencia de factores de riesgo.

Otero (2019) publicó un estudio titulado “*Nivel de conocimiento acerca de la prevención del cáncer de estómago en los estudiantes que cursan el Programa de la Maestría en docencia superior, Centro Regional Universitario de San Miguelito, Panamá, 2018*”. Cuyo

propósito fue analizar los niveles de conocimiento sobre la prevención del cáncer de estómago. Fue un estudio descriptivo, de corte transversal; el tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple, y con respecto a la muestra, esta estuvo compuesta por estudiantes que formaban parte del programa de maestría en docencia superior en el Centro Regional Universitario de San Miguelito. En relación a los resultados, estos indicaron que el 83 % de los participantes tenía conocimientos acerca de cómo prevenir el cáncer de estómago. Respecto a los conocimientos específicos, el 55.6 % reconoció los signos y síntomas asociados a la enfermedad, y el 61.1 % estaba al tanto de los factores de riesgo. Sin embargo, se evidenció que, aunque los estudiantes poseían dichos conocimientos, el 52 % no adoptaba hábitos de prevención, lo que evidencia una inconsistencia entre el nivel de conocimiento y las acciones preventivas.

Fuenzalida y Núñez (2019) desarrollaron un estudio en Chile, titulado “*Conocer las barreras para el diagnóstico oportuno de cáncer gástrico y evaluar la percepción de riesgo en base a determinantes sociales y factores de riesgo*”. Este estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal, donde se empleó como instrumento una encuesta con preguntas cerradas. Los resultados indicaron que el 48.6 % de los encuestados identifican la escasez de recursos económicos como la principal dificultad para realizar un diagnóstico a tiempo, mientras que el 45.7 % señaló que no cuentan con los medios para costear el tratamiento. Además, el desconocimiento se destacó como otra barrera relevante. Los autores concluyeron que, entre los principales obstáculos para el diagnóstico oportuno del cáncer gástrico, se encuentran la automedicación, la carencia de recursos económicos y el desconocimiento, lo que subraya la necesidad de abordar estas limitaciones para mejorar la atención en salud.

Mendes y Santana (2019) desarrollaron un estudio titulado “*Conocimiento de cuidadores sobre prevención de cáncer gástrico*” en Río de Janeiro, Brasil, el cual tuvo como objetivo investigar el nivel de conocimiento que tenían las personas responsables del cuidado de pacientes que padecían de cáncer gástrico. El estudio realizado fue descriptivo y se centró

en la recopilación de datos mediante entrevistas semiestructuradas realizadas a los cuidadores de estos pacientes. Los resultados obtenidos indicaron que la mayoría de cuidadores tenían un conocimiento limitado sobre la prevención de este tipo de cáncer, lo que repercutía en la adopción de hábitos inapropiados que influyen negativamente en la salud. Se concluyó que es fundamental implementar acciones educativas en todos los niveles de atención en salud, con el fin de proporcionar información adecuada a los usuarios y fomentar la modificación de hábitos que contribuyen a la prevalencia de enfermedades.

1.2.2. Nacionales

Avendaño (2023) realizó el estudio titulado “*Conocimientos y prácticas para la prevención de cáncer de estómago, en usuarios que acuden al Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho 2022*”. El objetivo principal de este trabajo fue identificar el conocimiento y prácticas relacionadas con la prevención del cáncer gástrico en los usuarios del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, en Ayacucho, durante el año 2022. La investigación adoptó el diseño no experimental, tipo descriptivo, correlacional de corte transversal. Contó con una población compuesta por 259 usuarios de edad adulta que acudieron a consultorio externo del área de medicina, quienes fueron seleccionados de acuerdo a una muestra no probabilística por cuotas. Se utilizó la entrevista como técnica, empleando un cuestionario y una ficha para evaluar las prácticas como instrumentos para la recolección de los datos. Se halló que el 61.8% de los participantes presentan conocimientos insuficientes, mientras que el 48.3% realiza acciones frecuentes de prevención del cáncer de estómago. El 51% tiene hábitos alimenticios adecuados con regularidad ($p < 0.05$). Además, el 55.6% consume bebidas alcohólicas de manera esporádica y el 39.8% lo hace regularmente ($p < 0.05$). En cuanto al tabaquismo, el 84.6% no tiene este hábito ($p > 0.05$). Por otro lado, el 74.5% reporta lavar sus manos frecuentemente ($p < 0.05$), y el 68% desinfecta frutas y verduras con frecuencia antes de consumirlas ($p > 0.05$). Sin embargo, el 97.3% no recurre a los servicios de salud para obtener

un diagnóstico temprano de cáncer gástrico ($p > 0.05$). Además, el 43.2% está ocasionalmente expuesto al humo de cocina, y el 37.1% entra en contacto con sustancias tóxicas vía inhalación de manera regular ($p > 0.05$ en ambos). Se determinó que un mayor nivel de conocimiento está asociado con una mayor frecuencia en la adopción de prácticas de prevención contra el cáncer de estómago, con una correlación positiva moderada ($p < 0.05$).

Jimenez (2021) desarrolló un estudio titulado “*Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico en el personal de Serenazgo de Barranco, noviembre 2019*”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre la prevención de este tipo de cáncer, en dicho grupo. Se trató de un estudio tipo transversal cuantitativo en el que se incluyó a 50 serenos. Los resultados revelaron que el 60 % de los participantes tuvo un nivel de conocimiento moderado, el 36 % fue bajo y alto en solo el 4 %. Según las dimensiones evaluadas, el conocimiento fue moderado en conceptos sobre alimentos saludables (50 %), medidas preventivas (58 %), (60%) en hábitos nocivos y 54 % en factores biológicos. Se concluyó que las personas que trabajan en Serenazgo del distrito de Barranco presentan, en términos generales, un nivel de conocimiento medio con respecto a las formas de prevenir el cáncer gástrico.

Baca y Vifmady (2020) realizaron un estudio titulado “*Estilos de vida saludable y nivel de conocimiento de prevención del cáncer gástrico, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2016*”, cuyo objetivo fue identificar la asociación entre los hábitos de vida saludable y el grado de conocimiento sobre cómo prevenir el cáncer gástrico. Este estudio observacional, descriptivo y cuantitativo incluyó a 390 personas. Los resultados mostraron que la edad promedio de los participantes fue 46.32 años, y predominó el sexo femenino. El nivel educativo que predominó fue secundaria completa, y con respecto a ocupación, la mayoría fue ama de casa. En cuanto al nivel de conocimiento, el 47.70 % de la población tuvo un alto nivel. Por otro lado, las prácticas relacionadas con los estilos de vida saludable, fueron predominantemente medianamente saludables, representando el 58.46 %. Los autores

concluyeron que el grado de conocimiento respecto a las medidas preventivas para el cáncer gástrico guarda una relación directa con la práctica de hábitos de vida saludable en la población analizada.

Flores y Ortiz (2020) desarrollaron un estudio titulado “*Características sociodemográficas y conocimientos sobre la prevención de cáncer gástrico en usuarios de un centro de salud del Perú*”, cuyo objetivo fue analizar la relación entre las características sociodemográficas y el conocimiento existente en la población acerca de la prevención del cáncer de estómago. Se trató de un estudio descriptivo-correlacional, de corte transversal, contó con la participación de 118 personas. Los resultados mostraron que el promedio del conocimiento respecto a la prevención de este tipo de cáncer fue de 8.7. Las variables sociodemográficas relacionadas con el nivel de conocimiento fueron el tipo de seguro de salud ($p=0.05$) y el grado educativo ($p=0.05$). Los menores puntajes en el nivel de conocimiento se observaron en usuarios educación primaria (media=7.9) y aquellos afiliados al seguro integral de salud (con una media=8.5).

En cuanto a los factores biológicos, se halló una relación significativa con la región natural de origen ($p=0.01$), destacándose que los participantes provenientes de la Sierra registraron los puntajes más bajos. En conclusión, el nivel de conocimiento en cuanto a la manera de prevenir el cáncer gástrico está relacionada al grado de instrucción, al modo de seguro de salud y, en referencia a los factores biológicos, estos están relacionados con la región de procedencia.

Vara (2021) llevó a cabo un estudio titulado “*Percepción del tamizaje en la prevención de cáncer gástrico en adultos del Asentamiento Humano Alfonso Ugarte – Huánuco 2019*”, cuyo objetivo fue describir la percepción que tienen las personas adultas de este asentamiento humano acerca del tamizaje para prevenir el cáncer gástrico. Este estudio descriptivo incluyó a 169 adultos. Se obtuvieron resultados que indicaron que, el 58.6 % de los participantes tenía

una percepción positiva sobre el tamizaje para prevenir el cáncer gástrico. En detalle, el 60.4 % mostró una percepción positiva acerca de la educación sanitaria, el 56.2 % sobre el uso de pruebas de laboratorio, el 59.2 % sobre el empleo de ecografía abdominal y el 58.0 % acerca del empleo de la endoscopia y la biopsia como técnicas de tamizaje. Se encontró un predominio estadísticamente significativo de la percepción favorable en general ($p \leq 0.026$), así como en las áreas específicas de educación sanitaria ($p \leq 0.007$), endoscopia-biopsia ($p \leq 0.038$) y el uso de ecografía abdominal ($p \leq 0.017$). Se concluye que las personas adultas que formaron parte del estudio, tienen una percepción positiva hacia el tamizaje para prevenir el cáncer gástrico.

Flores (2021) desarrolló un estudio titulado "*Factores sociodemográficos relacionados a conocimientos sobre prevención de cáncer gástrico de usuarios de un Centro de Salud en Carabayllo, Lima*", cuyo objetivo fue identificar la relación existente entre los factores sociodemográficos y el conocimiento respecto a la forma de prevenir el cáncer gástrico en usuarios del centro de salud de Carabayllo en 2018. Este fue un estudio de tipo observacional, correlacional y corte transversal, que incluyó a 118 participantes. Los resultados mostraron que el promedio de conocimientos acerca de cómo prevenir el cáncer gástrico fue de 8.7. Las variables significativamente asociadas fueron el grado académico ($p=0.05$) y el modo de seguro de salud ($p=0.05$). Las puntuaciones más bajas se observaron en usuarios con educación primaria (media=7.9) y aquellos que contaban con Seguro Integral de Salud (SIS) (media=8.5). Además, solo la variable región mostró una relación significativa con la dimensión de factores biológicos ($p=0.01$), destacando que los usuarios originarios de la sierra presentaron los puntajes más bajos en esta dimensión. Se concluye que el grado de educación y el tipo de seguro tienen una relación significativa con el conocimiento acerca de cómo prevenir el cáncer gástrico. Además, la región de procedencia está relacionada con los factores biológicos, mostrando menores niveles de conocimiento en usuarios con educación primaria, afiliados al SIS y provenientes de la sierra.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo agosto–diciembre 2024

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo genético-personales que influyen en el desarrollo de cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo agosto–diciembre 2024
- Establecer el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo medioambientales que influyen en el desarrollo de cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo agosto–diciembre 2024
- Reconocer el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo biológicos que influyen en el desarrollo de cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo agosto–diciembre 2024

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación teórica

Estudios como el realizado por Sitarz et al. (2018) han evidenciado que un conocimiento limitado sobre factores de riesgo tanto en la población general, como en los pacientes atendidos en los servicios de salud puede contribuir al diagnóstico tardío del cáncer, reduciendo así las tasas de supervivencia. En ese sentido, este estudio permite identificar brechas educativas específicas para diseñar estrategias basadas en la promoción de la salud y la prevención del cáncer gástrico focalizadas en necesidades socioculturales de la población en

estudio.

1.4.2. Justificación práctica

La identificación de brechas en el conocimiento podría ser clave para diseñar e implementar estrategias que sean efectivas para incentivar la promoción de la salud y la prevención primaria, lo que contribuiría a reducir la incidencia de esta enfermedad. Además, este estudio es relevante debido a que factores de riesgo son prevenibles o pueden ser mitigados mediante mejoras en el estilo de vida y programas de educación en salud. Al reconocer el nivel de conocimiento que tienen los pacientes, se podría fomentar una adopción de medidas preventivas más efectivas y promover intervenciones orientadas a disminuir la incidencia de esta patología en la población peruana.

1.4.3. Justificación metodológica

El enfoque cuantitativo es el más adecuado para este trabajo, ya que permite medir objetivamente el nivel de conocimiento mediante instrumentos estandarizados, facilitando la recolección y análisis de datos numéricos. El diseño transversal descriptivo ha sido seleccionado porque busca evaluar el nivel de conocimiento en un momento específico del tiempo, lo que es ideal para obtener una imagen actualizada del fenómeno de interés. Este diseño también permitió eficiencia en términos de tiempo y recursos, especialmente en un entorno hospitalario.

1.4.4. Justificación económica

El cáncer gástrico representa una de las enfermedades que demanda de mayores costos para los sistemas de salud, debido a su diagnóstico tardío, el tratamiento complejo y prolongado, y las altas tasas de complicaciones. Según estudios del Ministerio de Salud, el gasto promedio para tratar un caso avanzado de cáncer gástrico supera significativamente los costos asociados a su prevención y diagnóstico temprano.

El Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, como institución de referencia, enfrenta una

alta demanda de servicios médicos para pacientes con enfermedades oncológicas, lo que incrementa los costos hospitalarios y afecta la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Este estudio permitirá determinar el nivel de conocimiento acerca de los factores de riesgo entre los pacientes, lo que puede ser el primer paso para implementar programas educativos y preventivos. Estas acciones reducirían la incidencia de casos avanzados, disminuyendo la carga económica en términos de hospitalizaciones, cirugías, quimioterapias y otras intervenciones costosas. Además, al empoderar a los pacientes con información clave, se promueve un mejor uso de los recursos de salud pública, optimizando la relación costo-beneficio en la atención médica. El enfoque preventivo es crucial para maximizar el impacto de las políticas de salud con presupuestos limitados.

1.4.5. Justificación social

El cáncer gástrico tiene un impacto significativo no solo en los pacientes, sino también en sus familias y comunidades. En el Perú, esta enfermedad afecta desproporcionadamente a poblaciones de menores recursos, quienes suelen tener menos acceso a información preventiva, diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos.

Realizar este estudio en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, que está ubicado en una zona que atiende a una población diversa, es una oportunidad para identificar y abordar inequidades en el acceso al conocimiento y los servicios de salud. Los resultados obtenidos pueden permitir brindar información que estimulen diseñar estrategias de intervención que se ajusten a las necesidades particulares de la población, contribuyendo a reducir las desigualdades en salud.

Asimismo, este trabajo influye directamente en la calidad de vida tanto de los pacientes como y los familiares, puesto que fomenta la prevención y el diagnóstico temprano, lo que mejora las tasas de supervivencia y reduce el sufrimiento en las etapas avanzadas de la enfermedad. Además, fortalece la relación entre el sistema de salud y la comunidad,

promoviendo una cultura de autocuidado y empoderamiento en salud.

En términos sociales, la prevención del cáncer gástrico también genera un beneficio colectivo al mantener activa a la población económicamente productiva y reducir el ausentismo laboral asociado a esta enfermedad. Por tanto, este estudio contribuye al bienestar general y al desarrollo sostenible, fortaleciendo tanto el entorno social como económico de la comunidad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Definición del cáncer gástrico*

El cáncer engloba un conjunto de enfermedades caracterizadas por el crecimiento desmedido y la expansión de células anormales. Su origen se debe en gran medida a factores externos como el consumo de tabaco, infecciones y una dieta inadecuada, así como a factores internos, tales como mutaciones genéticas heredadas, alteraciones hormonales y los trastornos del sistema inmunológico. Estos factores interactúan entre sí o actúan de forma secuencial para desarrollar la enfermedad. Generalmente, transcurren más de diez años entre la exposición a estos factores y el diagnóstico de la enfermedad. Los tratamientos incluyen opciones como cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapias hormonales, inmunoterapia y terapias dirigidas. (American Cancer Society [ACS], 2024)

El cáncer de estómago se origina cuando se desarrollan células cancerígenas en el revestimiento del estómago. Inicia en las células de la mucosa y se extiende hacia capas externas conforme va avanzando. Hay diversas condiciones que incrementan el riesgo de desarrollarla, como los antecedentes familiares, pertenecer al grupo sanguíneo A, sufrir de gastritis atrófica crónica o metaplasia intestinal, presentar adenomas gástricos esporádicos, anemia perniciosa, poliposis adenomatosa familiar o cáncer de colon sin poliposis hereditaria, también influyen la edad avanzada y el sexo masculino. (Pérez et al., 2019)

Este tipo de cáncer es una enfermedad que, en gran medida, tiene causas ambientales y suele desarrollarse a partir de una inflamación crónica gástrica preexistente, la cual generalmente es provocada por *H. pylori*. Se origina en el revestimiento del estómago y puede afectar cualquier zona de este, provocando una proliferación anormal y desmedida de las células de su capa interna, dando lugar a la formación de una masa o úlcera. (Montoya y

Montagné, 2019)

2.1.2. Tipos de cáncer gástrico

2.1.2.1. Adenocarcinoma. El adenocarcinoma es el tipo más frecuente de cáncer de estómago y se divide en dos categorías principales; el tipo intestinal, en el que las células cancerosas forman estructuras glandulares que dan lugar al desarrollo de masas, y el tipo difuso, compuesto por células de la mucosa que invaden esta capa del revestimiento gástrico. Se estima que entre el 90% y el 95% de los casos de cáncer gástrico corresponden a adenocarcinomas, siendo esta la segunda causa de muerte por cáncer a nivel mundial (ACS, 2024). El 70% de los cánceres de estómago son de tipo adenocarcinoma, con una edad promedio de diagnóstico a los 70 años. El tipo intestinal tiene un pronóstico más favorable y está vinculado a factores de riesgo tales como el medio ambiente y la alimentación. El difuso, de acuerdo a estudios, suele presentarse en personas de una edad promedio de 38 años; se distingue por ser indiferenciado, tener un comportamiento invasivo y una naturaleza hereditaria, además de estar asociado a un pronóstico desfavorable. (Cárdenas et al., 2021)

2.1.2.2. Linfoma. Es una neoplasia maligna poco común, que, en ocasiones, puede localizarse en el revestimiento gástrico. Esta patología se distingue por la proliferación de células que provienen de tejidos denominados linfáticos. El linfoma gástrico según la literatura se encuentra en aproximadamente el 5% de los casos y es más frecuente que se produzca en personas infectadas por *H. Pylori*. Se diferencian dos tipos principales de linfomas según su origen; los de células B (que da origen al Linfoma tipo MALT) y los de células T (GTCL), además estos linfomas pueden clasificarse en linfoma de Hodgkin (LH) el cual extremadamente raro en el tracto gastrointestinal y el no Hodgkin (LNH) (Campillo et al., 2019). El linfoma de no Hodgkin es el tipo de linfoma que suele manifestarse con mayor frecuencia en áreas fuera de los ganglios linfáticos, como el tracto gastrointestinal, y representa entre el 4 % y el 20 % de todos los casos de esta neoplasia. (Cárdenas et al., 2021)

2.1.2.3. Tumores del estroma gastrointestinal (GIST). Estos tumores son poco comunes y pueden localizarse en cualquier parte del tracto gastrointestinal; sin embargo, su incidencia es más alta en el estómago. Estos tumores aparecen de manera temprana a partir de células ubicadas en la pared del estómago conocidas como células intersticiales de Cajal. Estos tumores pueden ser tanto benignas como malignas. (Campillo et al., 2019)

2.1.2.4. Tumores carcinoides. Se caracterizan por tener su origen en las células responsables de la producción de hormonas en el estómago. En la mayoría de casos, estos no suelen extenderse hacia otros órganos. (Campillo et al., 2019)

2.1.2.5. Otros tipos de cáncer gástrico. Existen otros tipos de cáncer que también pueden tener su origen en el estómago como el carcinoma de células escamosas, el leiomioma y el de células pequeñas; aunque estos son bastante raros. (Campillo et al., 2019)

2.1.3. Factores de riesgo de cáncer gástrico

Según epidemiología, se define el riesgo como la probabilidad de que ocurra un daño, un resultado negativo o un evento no deseado. Este concepto de riesgo debe ampliarse en función a las condiciones de vida y de salud, adoptando un enfoque más amplio que abarque diversas circunstancias que pueden poner en peligro los niveles de salud o la forma de vida de la población. La aparición de enfermedades refleja, en última instancia, el modo de vida de las personas, y también sus condiciones sociales, económicas y ambientales. (INEN, 2017)

El cáncer gástrico es una patología de origen multifactorial, donde interactúan factores modificables y no modificables, con respecto a los modificables tenemos al tabaquismo y la infección por *Helicobacter pylori*, mientras que en los no modificables, tenemos a la edad y al sexo. (Morales et al., 2018)

2.1.3.1. Factores genético-personales. En este punto, se toma en cuenta los antecedentes familiares, sobre todo si algún integrante de la familia ha tenido cáncer gástrico.

Aunque poco frecuente, el tipo de cáncer gástrico que está relacionado es el difuso hereditario, ocasionado por una mutación de un gen conocido como cadherina. También se incluyen en este grupo, factores como el sexo, la edad, los antecedentes personales y familiares, la gastritis atrófica, la anemia perniciosa, la enfermedad de Menetrier y el tipo de ocupación. (Morales et al., 2018)

A. Edad. La edad se considera un factor de riesgo muy importante para ciertos tipos de cáncer como es el caso del cáncer de estómago, debido a que el riesgo aumenta con la edad las personas que se encuentran en una edad de 50 y 60 años o más tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico. Según un estudio, la edad promedio de diagnóstico de esta enfermedad es de 69 años, se encontró que más del 60 % de los casos se presentan en este grupo etario (Csendes et al., 2017). Esto podría explicarse por una mayor vulnerabilidad asociada al envejecimiento y al debilitamiento del sistema inmunológico, lo que facilita la aparición de infecciones, como las provocadas por *Helicobacter pylori*. Estas infecciones disminuyen los mecanismos de protección y reparación de la mucosa gástrica, incrementando así el riesgo de desarrollar cáncer gástrico. (Morales et al., 2018)

B. Sexo. El género también puede ser un factor de riesgo para el cáncer, con respecto al cáncer gástrico, este es más frecuente en hombres que en mujeres, lo cual podría estar relacionado con diferencias en los hábitos alimenticios. Las mujeres suelen consumir más vegetales que los hombres, y estos alimentos tienen un efecto protector contra esta enfermedad (Hong et al., 2019). Por otro lado, las exposiciones laborales y ambientales también desempeñan un papel significativo, ya que los hombres están más expuestos a metales pesados y sustancias químicas con propiedades cancerígenas, lo que incrementa su riesgo de padecer esta enfermedad (Araneda et al., 2015). Adicionalmente, las diferencias de género también se reflejan en factores fisiológicos: los estrógenos tienen un efecto protector en las mujeres durante sus años fértiles. Sin embargo, este efecto disminuye después de la menopausia, lo que

explica por qué las mujeres suelen desarrollar cáncer gástrico entre 10 y 15 años más tarde que los hombres. (Kang et al., 2021)

C. Antecedente familiar. En personas que tienen algún antecedente familiar con cáncer gástrico, el riesgo que este desarrolle la enfermedad es entre 2 y 10 veces más que en personas sin antecedentes. Aunque la mayoría de los casos se consideran esporádicos, están influenciados por factores medioambientales comunes y biológicos como la infección por *Helicobacter pylori*, el tipo de alimentación y el nivel social y económico. No obstante, el cáncer gástrico también puede estar asociado a síndromes hereditarios, como es el caso del síndrome de cáncer gástrico difuso hereditario, la poliposis adenomatosa familiar, así como el síndrome de Lynch, el síndrome de Li-Fraumeni y el síndrome de Peutz-Jeghers. Con respecto al cáncer gástrico difuso hereditario, es una alteración genética autosómica dominante muy poco frecuente, responsable del 1 al 3 % de todos los casos de cáncer gástrico familiar; está asociado a diversas mutaciones del gen que codifica la cadherina-E, que en una proteína clave para mantener la estructura del tejido epitelial. Estas mutaciones aumentan el riesgo de desarrollar este tipo de cáncer a un 70-80 %. (Piazuelo y Correa, 2013)

El riesgo de desarrollar cáncer gástrico se duplica en personas que hayan tenido o tengan familiares de primer grado afectados (como padres, hermanos o hijos), en comparación con las personas sin antecedentes familiares. Este riesgo está vinculado a alteraciones cromosómicas en el cáncer gástrico hereditario difuso, donde los errores en la división celular afectan el gen CDH1 (cadherina), provocando una desorganización de las células y su transformación en malignas, lo que lleva a la infiltración tumoral en el revestimiento gástrico y, finalmente, al cáncer. (Camargo et al., 2012)

D. Anemia perniciosa. En el revestimiento del estómago, ciertas células llamadas parietales, generan una sustancia proteica conocida como factor intrínseco (IF), el cual es esencial para la absorción de la vitamina B12 proveniente de los alimentos. Los individuos que

carecen de factor intrínseco suelen experimentar déficit de vitamina B12, esto termina por afectar la capacidad que tiene el cuerpo para la producción de nuevos eritrocitos. Esta alteración es conocida como anemia perniciosa. Adicionalmente a la anemia (niveles bajos de glóbulos rojos), quienes padecen de esta alteración tienen riesgo más alto de desarrollar cáncer de estómago. (Morales et al., 2018)

E. Enfermedad de Menetrier. Esta enfermedad constituye también un factor de riesgo para la aparición del cáncer gástrico, con una probabilidad de entre el 10 y el 15%. Fue descrita en el año 1895 por el patólogo francés Pierre Eugene Menetrier, quien la definió como una patología gástrica crónica de causa desconocida pero relacionada con ciertas infecciones tal como la producida por *Helicobacter Pylori*. Esta enfermedad se caracteriza por un aumento en las células foveolares, lo que lleva a una producción excesiva de moco y posterior engrosamiento de los pliegues del estómago, afectando en primer lugar al fundus, el cuerpo y, posteriormente, todo el estómago. Esta secreción exagerada resulta en una pérdida importante de proteínas y una producción reducida de ácido gástrico, lo que facilita la entrada de *Helicobacter Pylori*. (Lott y Carvajal, 2018)

F. Gastritis atrófica. La gastritis atrófica es una alteración crónica inflamatoria del estómago caracterizada por la reducción de las glándulas oxínticas, lo que provoca una disminución en la secreción de ácido gástrico y de factor intrínseco, además de causar dificultades en la absorción de vitamina B12 y de hierro, lo que puede dar lugar a anemia; eventualmente estas glándulas oxínticas son reemplazadas por tejido cicatricial o por un tipo de cambio celular llamado metaplasia intestinal y posteriormente dar lugar al cáncer gástrico. Esta gastritis atrófica generalmente es causada por una infección de *Helicobacter Pylori*. (Hsu et al., 2025)

Las personas con gastritis atrófica tienen un riesgo tres veces mayor de padecer cáncer gástrico, lo que se atribuye al aumento de la producción de gastrina (y como consecuencia, una

hipergastrinemia) y al crecimiento patológico hiperplásico de las células enterocromafines; estas alteraciones pueden dar lugar a la displasia y posteriormente la formación del cáncer o carcinoide gástrico siendo el tipo más frecuente el carcinoides gástricos tipo 1, que suelen localizarse ya sea en la mucosa o la submucosa del fondo y del cuerpo gástrico. (Ramos y Guerrero, 2020)

G. Tipos de trabajo. Se ha vinculado la exposición de los trabajadores a polvos minerales, metálicos y de carbón con mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico. Esto se debe a que el polvo puede provocar irritación e inflamación en la mucosa gástrica, como ocurre con los compuestos N-nitrosos, que son comunes encontrarlos en industrias como la del caucho, las fundiciones y las encargadas de la producción de plaguicidas. (Pérez et al., 2019)

2.1.3.2. Factores medioambientales. Con respecto a los factores de riesgo medioambientales relacionados con el cáncer gástrico, se incluyen hábitos alimentación inadecuados, como el consumo exagerado de alimentos ahumados, comidas recalentadas, carnes procesadas, así como aquellos con alto contenido de sal o nitratos. Adicionalmente, la ingesta de sustancias perjudiciales como el alcohol y el tabaco que irritan la mucosa gástrica creando un ambiente propicio para el desarrollo de esta enfermedad. (Lahner et al., 2017)

Asimismo, la falta de higiene tanto personal como alimentaria favorece la proliferación de bacterias en el organismo, especialmente en el estómago. Aunque el consumo de frutas y verduras ejerce un efecto protector contra el cáncer gástrico, una higiene deficiente puede facilitar la infección por *Helicobacter pylori*. (Lahner et al., 2017)

A. Carnes procesadas. El consumo de carnes rojas favorecen la generación de compuestos como N-nitrosos, los cuales tienen propiedades mutagénicas y cancerígenas. Por otro lado, los productos cárnicos procesados como el jamón, el chorizo y las salchichas, contienen elevadas concentraciones de sal, nitritos, nitratos y nitrosaminas también influyen en este proceso. (Lahner et al., 2017)

B. Frutas y hortalizas. En el año 2007, el Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer (WCRF) y el Instituto Americano para la Investigación del Cáncer (AICR) reportaron que consumir 50 gramos de vegetales al día está asociado a una disminución significativa del riesgo de desarrollar cáncer gástrico, hasta un 23%. Esto se explica porque las frutas y verduras ofrecen un efecto protector al ser ricas en vitamina C, en ácido fólico y carotenoides, los cuales tienen propiedades antioxidantes. (Baca y Vifmady, 2020)

C. Alimentos calentados. Consumir alimentos recalentados incrementa la presencia de compuestos nitrogenados, los cuales pueden inducir el desarrollo de cáncer gástrico, especialmente en aquellos alimentos que han sido almacenados por un periodo de al menos tres días. (Garro, 2017)

D. Consumo excesivo de sal. A lo largo de la historia, la sal ha sido crucial en la conservación de alimentos, especialmente carnes. Sin embargo, su consumo excesivo se ha relacionado con un aumento en la frecuencia y mortalidad asociadas al cáncer gástrico. Este efecto se atribuye a que el consumo elevado de sal provoca daño en la mucosa gástrica, la capa protectora del estómago, lo que favorece el desarrollo de compuestos N-nitrosos, los cuales tienen propiedades cancerígenas. Además, facilita la infección por *H. Pylori*, lo que puede posteriormente terminar por desarrollar el cáncer gástrico. (Baca y Vifmady, 2020)

E. Comer a cualquier hora el desayuno, almuerzo y cena. Los desarreglos en los horarios de alimentación juegan un rol importante en la aparición del cáncer de estómago; las agendas cargadas y las extensas jornadas laborales dificultan que los individuos puedan consumir sus alimentos en casa. Además, el cansancio, el estrés y la presión por parte de sus superiores, junto con el temor a perder su empleo, llevan a las personas a recurrir a alimentos recalentados, comida rápida o incluso a omitir comidas, incumpliendo sus horarios establecidos de desayuno, almuerzo o cena. (Garro, 2017)

F. Higiene personal y de los alimentos. La higiene tanto personal como alimentaria es

clave para evitar enfermedades, una de ellas es el cáncer gástrico; **puesto que, tiene una elevada asociación con** la infección por *H. pylori*, siendo esta muy frecuente, afecta a más del 50% de la población a nivel mundial y su transmisión ocurre principalmente de manera fecal-oral debido a la falta de higiene en las manos y a inadecuadas prácticas al lavar los alimentos. (Baca y Vifmady, 2020)

G. Uso de sustancias nocivas. Investigaciones han demostrado que el consumo de tabaco aumenta el riesgo de desarrollar carcinoma gástrico en personas infectadas con *Helicobacter pylori*. Esta relación se ha observado en más de un tercio de los pacientes con diagnóstico de carcinoma gástrico, principalmente el de tipo intestinal, según diversos informes. (Morales et al., 2018)

2.1.3.3. Factores biológicos. Se trata de eventos de naturaleza biológica que inciden en el desarrollo de una enfermedad, en este caso se pone énfasis en la infección por *Helicobacter pylori* y su impacto en la aparición del cáncer gástrico. (Morales et al., 2018)

A. Patogenia de *Helicobacter pylori* asociada a la carcinogénesis gástrica. El microorganismo denominado *Helicobacter pylori* es una bacteria gramnegativa conocida como bacilo por la forma que adopta, la cual para sobrevivir requiere niveles inferiores de oxígeno (microaerófilo), posee de 4 a 6 flagelos. Esta bacteria fue descrita en 1983 por el patólogo Robin Warren y el investigador clínico Barry Marshall, quienes describieron su asociación con enfermedades ácido-pépticas. Tiene una prevalencia elevada, principalmente en países en vías de desarrollo, y aumenta directamente proporcional con la edad. Se considera la infección crónica bacteriana más frecuente a nivel mundial. (Piazuelo y Correa, 2013)

El *H. pylori* ingresa al sistema digestivo a través de las vías fecal-oral u oral-oral, y produce proteasas que destruyen la capa mucosa del epitelio gástrico. Además, libera ureasa para descomponer la urea que está presente en la luz del tracto gastrointestinal en dióxido de carbono y amonio creando una capa que lo protege del pH ácido del estómago. A través de

proteínas específicas, se termina adhiriendo a las células epiteliales del estómago, especialmente en el antro, donde la secreción ácida es menor, aunque también puede encontrarse en otras áreas del estómago. Su adhesión al epitelio puede desencadenar una respuesta inflamatoria con migración de polimorfonucleares y linfocitos, lo que puede resultar en la formación de folículos linfoides que caracterizan a esta infección. (Piazuelo y Correa, 2013)

La patogenia del *H. pylori* se considera un factor relevante en la aparición de lesiones preneoplásicas y tumores gástricos malignos. Esta bacteria podría favorecer la producción de compuestos cancerígenos, como los derivados nitrosos, o inducir eventos mutagénicos, tal como ocurre en la gastritis de tipo atrófica superficial y en la displasia. Por tanto, la acción carcinogénica de *H. pylori* puede describirse de esta manera: *H. pylori* provoca gastritis crónica, lo que genera una respuesta inmunológica, que en ciertos casos afecta a las células glandulares, contribuyendo a la formación de focos de gastritis atrófica, de la elevación del pH gástrico y, por ende, del aumento de la producción de derivados nitrosos y nitritos; este proceso favorece el desarrollo de metaplasia intestinal, cuya frecuencia aumenta con la edad, y posteriormente sobre esta se desarrollan focos de displasia epitelial que eventualmente pueden evolucionar hacia la aparición del cáncer gástrico. Esta displasia epitelial, que se clasifica como ligera, moderada o severa, es la única lesión histológica asociada directamente con el cáncer gástrico, siendo la forma severa la que se considera una neoplasia maligna definida. (Escobar et al., 2012)

2.1.4. Cuadro clínico del cáncer gástrico

Desafortunadamente, el cáncer gástrico en sus primeras etapas rara vez presenta síntomas, lo que dificulta su detección precoz. Tanto los signos como los síntomas de este tipo de cáncer suelen estar vinculados al estadio en el que se encuentra la enfermedad:

2.1.4.1. Signos y síntomas iniciales. Percepción de llenura precoz, molestias

digestivas, náuseas, disminución del apetito y dolor en la región epigástrica. (Cebrián et al., 2016)

2.1.4.2. Signos y síntomas en etapas avanzadas. Incluyen sangrado digestivo alto, vómitos, dolor abdominal, pérdida involuntaria de peso, presencia de una masa en el abdomen, dificultad para deglutir, anemia, ascitis, coloración amarillenta de la piel y ojos (ictericia). Es fundamental recordar que esta sintomatología no es exclusiva del cáncer y puede manifestarse en otras enfermedades digestivas. (Cebrián et al., 2016)

2.1.5. Prevención del cáncer gástrico

2.1.5.1. Prevención primaria. En esta fase, reducir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores resulta fundamental para disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad relacionadas con el cáncer gástrico. Mantener un estado nutricional adecuado, disminuir el consumo de tabaco y eliminar agentes infecciosos desempeñan un papel esencial. (Sánchez, 2014)

El enfoque principal durante este periodo está en la erradicación de la infección por *Helicobacter pylori*, la reducción del consumo de tabaco, la adopción de hábitos alimenticios saludables, la eliminación de alimentos ricos en sal y el aumento de la ingesta de frutas y verduras. (Walde, 2014)

A. *Helicobacter pylori*. La higiene es fundamental en la infección por *H. pylori*. Por esta razón, se sugiere consumir agua previamente hervida y lavar de manera minuciosa las frutas y verduras antes de ingerirlas. (Walde, 2014)

B. Tabaco. El consumo de tabaco actúa como un factor adicional en la aparición del cáncer gástrico, siendo el riesgo 1,6 veces mayor para los fumadores y de 1,2 veces para quienes han dejado de fumar. (Walde, 2014)

C. Dieta. El alto consumo de sal, productos ahumados y nitratos, favorece la inflamación; siendo los nitratos sustancias precursoras de sustancias cancerígenas. En cambio,

una dieta rica en frutas, verduras y antioxidantes (como vitamina C, polifenoles y carotenos) dificulta o retrasa el mecanismo de carcinogénesis. (Walde, 2014)

2.1.5.2. Prevención secundaria. Esta fase se enfoca fundamentalmente en la detección temprana de la enfermedad mediante exámenes como la prueba de ureasa, la endoscopia digestiva alta; y, la biopsia. Es importante destacar que las personas con antecedentes familiares y aquellas con mayor exposición deben someterse a la endoscopia digestiva alta. (Walde, 2014)

2.1.5.3. Prevención terciaria. Esta fase se centra en las intervenciones cuando el cáncer ya está establecido con el objetivo de prevenir su propagación y las posibles complicaciones asociadas. (Walde, 2014)

2.1.6. *Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico*

Desde una perspectiva pedagógica, “Conocimiento es una experiencia que incluye la presentación vivida de un hecho; es la facultad del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón”. (Bunge, 1997, p.12).

También se describe al conocimiento como una colección de ideas, enunciados y conceptos, los cuales tienen la capacidad de ser claros, ordenados, precisos, fundamentados, vagos o inexactos. A partir de esto, clasifica al conocimiento en científico y ordinario o vulgar. Al conocimiento científico lo describe como un saber racional, cuantificable, objetivo, sistemático y que puede ser comprobado mediante la experiencia; mientras que, al vulgar lo considera un conocimiento inexacto, vago y basado únicamente en la observación. El conocimiento se compone de conceptos, juicios y razonamientos y no de sensaciones, imágenes o conductas, entre otros. (Bunge, 1997)

El conocimiento de la población respecto a los factores de riesgo es crucial para la prevención primaria del cáncer gástrico. La educación en salud permite que los individuos adopten estilos de vida saludables y participen en programas de detección temprana. Estudios previos han demostrado que existe un bajo nivel de conocimiento sobre esta enfermedad en

diversas poblaciones, lo que limita la efectividad de las estrategias de prevención.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La investigación realizada en este estudio es de tipo básica o pura, pues tiene como objetivo obtener información acerca del nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo que contribuyen a la aparición del cáncer gástrico en la población adulta. Asimismo, la investigación adopta un enfoque cuantitativo puesto que se centra en recopilar, medir y analizar los datos de cada variable, presentando los resultados de forma estadística.

Con respecto al diseño de investigación de este estudio corresponde a uno no experimental, descriptivo observacional, por el acopio de información es de corte transversal, ya que no hubo intervención directa por parte del investigador y solo se limitó a medir las variables del estudio y describirlas tal y como se encontraron en la población y en el periodo de tiempo establecido según el estudio.

3.2. Ámbito temporal y espacial

Este estudio se realizó en los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, el cual pertenece al Seguro Social de Salud (EsSalud). Este hospital está clasificado como un Instituto de Salud Especializado III-2; y pertenece a la jurisdicción de la Red Prestacional Almenara, está ubicado en La Victoria, distrito perteneciente al departamento de Lima Metropolitana, Perú; durante el periodo agosto–diciembre del año 2024.

3.3. Variables

- Variable principal: Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer gástrico
- Variables secundarias: Sexo, edad, grado de instrucción, ocupación, conocimiento de síntomas.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población evaluada en el presente estudio de investigación, está constituida por las personas adultas que acudieron a ser atendidos por consultorio externo del departamento de Medicina Interna del Hospital Guillermo almenara Irigoyen durante el periodo agosto–diciembre 2024, teniendo en cuenta que el Hospital Almenara es un Hospital de referencias debido a su nivel de complejidad, la población de pacientes que son atendidos acuden referidos de centros de menor nivel de atención pertenecientes a toda la Red Almenara (conformada por seis Hospitales (uno de III, tres de II y dos de I nivel; cuatro Policlínicos, cuatro CAP III; cuatro IPRESS, un centro médico, una posta médica y un Centro de Atención de Medicina Complementaria) y a quienes previamente se les otorga cita médica con fecha de atención; la población que acudió durante el periodo establecido a los servicios de Medicina Interna fue un total de 15 394 pacientes divididos en tres consultorios (Medicina Interna 1 o Infectología 5 973 pacientes, Medicina Interna 2 o Inmunología y Alergias 4 680 y Medicina Interna 3 o Pie Diabético 4 741 pacientes). A los cuales se les hizo llegar una encuesta de manera presencial empezando con el consentimiento informado para asegurarnos si desea formar parte del estudio, donde se les explicó los objetivos del estudio y la importancia de su participación en este. Fue una población finita y heterogénea (pertenecientes a ambos sexos y mayores de 18 años).

3.4.2. Muestra

La muestra de este estudio estuvo conformada por los participantes que completaron la encuesta y dieron su consentimiento informado para formar parte de la investigación y adicionalmente cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión correspondientes; estos fueron seleccionados por medio del muestreo no probabilístico de tipo intencional o por

conveniencia.

3.4.2.1. Tamaño de muestra. En esta investigación, el tamaño de la muestra considerada fue determinado con la fórmula de Fisher y Navarro.

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

Dónde:

n = Representa al tamaño de muestra

N = Al tamaño de la población (15394)

Z = Representa al valor esperado para un nivel de confianza al 95% (1.96)

p = La proporción esperada (en este caso, 50% = 0.5)

q = 1 - p (1 - 0.5 = 0.5)

e = El error de muestreo al 5% = 0.05

Reemplazando los valores en la fórmula, se obtiene lo siguiente:

$$\frac{15394 * (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 * (15394-1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$n = 374.83$$

La muestra será de un mínimo de 374 personas. Es importante resaltar que los valores de p y q se fijarán en base a la probabilidad de contestar afirmativa o negativamente las preguntas del cuestionario de acuerdo con los objetivos de la investigación.

3.4.3. Criterios de inclusión

- Personas que aceptaron voluntariamente el consentimiento informado del estudio.
- Personas mayores de 18 años
- Personas adultas que acudan a ser atendidos en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen por consultorio externo del departamento de Medicina Interna 1, 2 y 3 durante el periodo agosto–diciembre del año 2024

3.4.4. Criterios de exclusión

- Personas que se nieguen a participar en el presente estudio

- Personas menores de 18 años
- Personas con cáncer gástrico diagnosticado
- Pacientes que acudan por Consultorio externo del Servicio Medicina Interna 5 (Medicina Interna del Adolescente).
- Pacientes con alguna alteración física o mental que les impida contestar el cuestionario

3.5. Instrumentos

3.5.1. Técnica de investigación

Se empleó la encuesta como técnica de la investigación, la cual consiste en un conjunto de procedimientos estandarizados diseñados para recopilar y analizar un conjunto de datos de la población o muestra que se pretende estudiar.

Para el presente trabajo se utilizó como técnica una encuesta validada, para obtener datos específicos relacionados al nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo para cáncer gástrico, con el objetivo de obtener un análisis estadístico de los datos.

3.5.2. Instrumento de investigación

En este trabajo de investigación acerca del nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer gástrico, se utilizó como instrumento el cuestionario, el cual fue tomado en base al instrumento elaborado por Gonzales Ninaja Luis Enrique, desarrollado en la Universidad de Tacna Perú 2017, en su estudio para obtener el título de médico cirujano, titulado “*Nivel de Conocimiento en prevención de cáncer de estómago en pobladores del CMP Bolognesi de la ciudad de Tacna en el mes de marzo, 2017*”, el cual fue debidamente validado por juicio de expertos, luego de realizar una prueba piloto a una población semejante a la de la investigación y su validación se realizó mediante la prueba estadística Alfa de Crombach,

donde se obtuvo como resultado 0.87, lo que indica que es un instrumento confiable, y se adapta a los objetivos propuestos en este estudio.

3.6. Procedimientos

La aplicación de la encuesta se realizó de manera presencial haciendo uso de papel y lapicero; se realizó tres días por semana, no hubo límite de tiempo para el llenado de la encuesta por parte de los participantes.

3.7. Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron organizados y tabulados en hojas de cálculo Excel, y posteriormente transferidos al programa estadístico R, versión 4.4.1. Se procedió a un análisis descriptivo, mostrando las frecuencias y porcentajes de las variables. Los resultados se expusieron a través de tablas que facilitan la comprensión de los objetivos establecidos en este estudio.

3.8. Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación cumple con los principios de la ética descritos en el informe Belmont, dado que la encuesta fue anónima, en el que se protege la privacidad de los participantes involucrados, protegiendo su decisión de participar y rechazando todo tipo de discriminación en relación a género, raza, credo, condición socioeconómica; haciéndoles conocer que los datos obtenidos fueron utilizados en forma adecuada, exclusivamente para el presente trabajo y no con otros fines, los mismos que fueron eliminados una vez terminado el estudio. Por lo que previamente a cada encuestado se le solicitó su consentimiento informado. Además, se estuvo atento para responder las dudas de los encuestados en todo momento. No existe conflicto de intereses en este estudio.

IV. RESULTADOS

En este estudio se realizaron un total de 376 encuestas a los pacientes adultos que acudieron a ser atendidos en consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de agosto a diciembre de 2024.

En la Tabla 1, se presentan las características en general de los pacientes encuestados. La distribución por edad mostró que la mayoría se encontraba entre los 48 y 57 años (51.6 %), seguida por el grupo de 38 a 47 años (30.8 %). En contraste, los grupos de 28 a 37 años y mayores de 67 años representaron el 2.66 % y 2.39 %, respectivamente. En cuanto al sexo, el 54.0 % eran hombres y el 46.0 % mujeres. Respecto al grado de instrucción, el 48.4 % tenía educación superior no universitaria, el 34.6 % contaba con educación superior universitaria y el 17.0 % había alcanzado únicamente el nivel secundario; no se registraron casos de pacientes sin estudios o con solo educación primaria. En relación a la ocupación, el 67.6 % refirió tener empleo al momento de la encuesta, el 22.6 % indicó no estar trabajando y el 9.84 % se dedicaba a labores domésticas.

Tabla 1

Características generales de los pacientes adultos atendidos en consultorio externo del Hospital Guillermo Almenara, agosto-diciembre 2024

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
28 a 37 años	10	2.66 %
38 a 47 años	116	30.80 %
48 a 57 años	194	51.60 %
58 a 67 años	47	12.5 %
Más de 67 años	9	2.39 %

Sexo		
Hombre	203	54.00 %
Mujer	173	46.00 %
Grado de instrucción		
Sin estudios	0	0.00 %
Primaria	0	0.00 %
Secundaria	64	17.0 %
Superior no universitaria	182	48.4 %
Superior universitaria	130	34.6 %
Ocupación		
Ama de casa	37	9.84 %
Sin trabajo actualmente	85	22.6 %
Con trabajo actualmente	254	67.6 %

En la Tabla 2, se detallan los niveles de conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer gástrico. En cuanto a los factores de riesgo genético-personales, el 46.0 % mostró un nivel de conocimiento medio, seguido por el 32.7 % con nivel bajo y el 21.3 % con nivel alto. En cuanto a los factores de riesgo medioambientales, el nivel medio predominó con un 58.2 %, mientras que los niveles bajo y alto representaron el 17.8 % y 23.9 %, respectivamente. Para los factores de riesgo biológicos, el 62.5 % presentó un nivel medio de conocimiento, seguido por el 19.7 % con nivel bajo y el 17.8 % con nivel alto. En la evaluación del conocimiento general, el 62.0 % de los encuestados obtuvo un nivel medio, mientras que el 23.7 % presentó un nivel bajo y el 14.4 % un nivel alto.

Tabla 2

Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en consultorio externo del Hospital Guillermo Almenara, agosto-diciembre 2024

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento sobre factores de riesgo genético-personales		
Bajo	123	32.7 %
Medio	173	46.0 %
Alto	80	21.3 %
Conocimiento sobre factores de riesgo medioambientales		
Bajo	67	17.8 %
Medio	219	58.2 %
Alto	90	23.9 %
Conocimiento sobre factores de riesgo biológicos		
Bajo	74	19.7 %
Medio	235	62.5 %
Alto	67	17.8 %
Conocimiento general		
Bajo	89	23.7 %
Medio	233	62.0 %
Alto	54	14.4 %

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio, el nivel general de conocimiento sobre los factores de riesgo para cáncer gástrico mostró una predominancia del nivel medio (62.0 %), seguido por el nivel bajo (23.7 %) y el nivel alto (14.4 %). Este hallazgo indica que, aunque más de la mitad de los pacientes encuestados poseen un conocimiento intermedio, todavía existe una proporción significativa que no cuenta con información suficiente sobre esta enfermedad, lo que podría limitar la adopción de medidas preventivas efectivas. El predominio del nivel medio puede estar influenciado por el nivel educativo de la población estudiada, en la que el 83 % posee estudios superiores no universitarios o universitarios, lo que sugiere cierta base educativa para comprender temas relacionados con salud, pero insuficiente para alcanzar un conocimiento avanzado en prevención.

En la categoría de factores genético-personales, el nivel medio también predominó (46.0 %), seguido por el nivel bajo (32.7 %) y el nivel alto (21.3 %). Este patrón podría estar relacionado con una limitada percepción de riesgo en cuanto a antecedentes familiares y características personales, como la anemia perniciosa o las enfermedades hereditarias. La falta de conocimiento especializado sobre estas condiciones puede deberse a la baja exposición a información detallada en campañas educativas o consultas médicas, donde generalmente se priorizan factores más comunes como los ambientales o alimentarios. Este resultado es consistente con el estudio de Wang et al. (2024), quienes señalaron que los participantes en su investigación tenían un mejor entendimiento de factores relacionados al hábito de vida alimenticio que de factores genético-personales.

Respecto a los factores medioambientales, el 58.2 % de los encuestados presentó un nivel medio de conocimiento, mientras que el 17.8 % mostró un nivel bajo y el 23.9 % alcanzó un nivel alto. Este resultado sugiere que, aunque los pacientes reconocen algunos riesgos asociados con hábitos alimentarios o el consumo de sustancias nocivas, el nivel avanzado de

conocimiento sobre estos factores es aún limitado. Esto podría explicarse por la falta de campañas educativas masivas que expliquen el impacto de una dieta saludable o la importancia de evitar alimentos procesados y altos en sal. Bautista y Medina (2021) así como Alghamdi et al. (2023) reportaron resultados similares, destacando que, a pesar de un nivel adecuado de conocimiento general, persisten prácticas de riesgo como el consumo de alimentos con alto contenido de sal y alcohol.

En cuanto a los factores biológicos, el nivel medio fue el más frecuente (62.5 %), pero destacó el bajo porcentaje de nivel alto (17.8 %) en comparación con las otras categorías. Este hallazgo resalta la carencia de información específica sobre *Helicobacter pylori* y su relación con el cáncer gástrico, a pesar de ser uno de los factores más significativos y prevenibles. Mendes y Santana (2019) también identificaron un conocimiento insuficiente sobre esta bacteria en cuidadores de pacientes con cáncer gástrico en Brasil, subrayando que su naturaleza técnica puede dificultar la comprensión de este factor en la población general.

Comparando estos hallazgos con estudios nacionales, el nivel medio de conocimiento general sobre prevención de cáncer gástrico concuerda con los resultados de Jimenez (2021), quien reportó un 60 % de nivel medio en trabajadores del serenazgo de Barranco. Además, otros dos estudios señalaron que el nivel educativo y el tipo de seguro de salud están significativamente asociados con el conocimiento de cómo prevenir el cáncer gástrico, reforzando la importancia de considerar las características sociodemográficas en el diseño de intervenciones educativas. (Flores, 2021; Flores y Ortiz, 2020)

En el presente estudio también se identificaron limitaciones que deben ser consideradas. El diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables. Aunque se identificaron niveles de conocimiento sobre los factores de riesgo, no se pudo determinar si estos están influenciados directamente por las características sociodemográficas de los pacientes o por otros factores externos. Además, la exclusividad del estudio al Hospital

Guillermo Almenara Irigoyen restringe la generalización de los hallazgos a otras regiones del Perú, particularmente aquellas de áreas rurales o con menor acceso a servicios de salud. Estudios previos destacaron que factores como la región de residencia y el nivel socioeconómico impactan significativamente en el nivel de conocimiento, lo que sugiere que los resultados podrían variar en otros contextos. (Flores, 2021; Wang et al., 2024)

Finalmente, el uso de un cuestionario autoadministrado pudo haber introducido sesgos de respuesta, como la sobreestimación del conocimiento o dificultades en la comprensión de preguntas por parte de personas con menor nivel educativo. Aunque el cuestionario utilizado fue validado, estas limitaciones metodológicas resaltan la necesidad de estudios más amplios y diversificados que incluyan enfoques cualitativos para explorar de manera integral las percepciones y barreras relacionadas con la prevención del cáncer gástrico.

VI. CONCLUSIONES

- a) El nivel general de conocimiento sobre los factores de riesgo del cáncer gástrico en los pacientes atendidos en el consultorio externo de Medicina Interna del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo de agosto a diciembre de 2024 es predominantemente medio (62.0 %), seguido de un nivel bajo (23.7 %) y alto (14.4 %). Esto evidencia la existencia de una brecha significativa en el conocimiento que limita la implementación de medidas efectivas de prevención y diagnóstico temprano.
- b) En la categoría de factores genético-personales, el nivel de conocimiento predominante fue medio (46.0 %), con un porcentaje considerable de pacientes en el nivel bajo (32.7 %). Esto sugiere un entendimiento limitado sobre la influencia de antecedentes familiares, enfermedades hereditarias y otros aspectos genéticos en el desarrollo del cáncer gástrico.
- c) Respecto a los factores medioambientales, el nivel medio fue el más frecuente (58.2 %), mientras que el nivel alto alcanzó solo un 23.9 %. Esto indica que los pacientes tienen un conocimiento parcial sobre la relación entre hábitos alimenticios, consumo de sustancias nocivas y riesgos medioambientales, lo que podría ser insuficiente para modificar comportamientos relacionados con la prevención.
- d) Los factores biológicos presentaron los mayores déficits de conocimiento, con un predominio del nivel medio (62.5 %) y un bajo porcentaje de nivel alto (17.8 %). Esto evidencia una falta de información sobre la importancia de infecciones como la provocada por *Helicobacter pylori* en el desarrollo del cáncer gástrico, lo cual constituye un obstáculo crítico para la prevención.

VII. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda implementar sesiones informativas regulares en consulta externa, enfocadas en los factores menos conocidos, como los biológicos y genético-personales. Estos programas deben estar adaptados al nivel educativo y cultural de los pacientes, utilizando herramientas como folletos, videos y charlas interactivas.
- b) Es importante desarrollar campañas de concientización que utilicen medios de comunicación, como redes sociales, para promover hábitos alimenticios saludables, la erradicación del *Helicobacter pylori* y la reducción de factores de riesgo medioambientales, como el consumo excesivo de sal y alimentos procesados.
- c) Capacitar al personal médico y administrativo en estrategias de comunicación efectiva para educar a los pacientes sobre los factores de riesgo del cáncer gástrico durante las consultas médicas, integrando la prevención como parte de un modelo de atención integral.
- d) Incentivar a los pacientes a adoptar hábitos saludables, realizar chequeos médicos regulares y participar en campañas de tamizaje, especialmente aquellos con antecedentes familiares o factores de riesgo identificados. Esto puede incluir sesiones de empoderamiento comunitario sobre la importancia de la prevención.
- e) Ampliar el alcance geográfico del estudio con otras poblaciones de interés. Asimismo, evaluar posibles asociaciones entre las características sociodemográficas y los niveles de conocimiento evaluados. Por último, diseñar, implementar y evaluar intervenciones educativas, integrando metodologías tanto cuantitativas como cualitativas, con el fin de comprender barreras y facilitadores en la prevención de la enfermedad.

VIII. REFERENCIAS

- Alghamdi, A., Alshareef, M., Alzahrani, A., Alharthi, Z., Alghamdi, S., Alghamdi, A., Alzahrani, F. y Alzahrani, R. (2023). Knowledge and awareness about gastric cancer among the general population in Al-Baha City, Saudi Arabia. *Cureus*, 15(5), e39589. <https://doi.org/10.7759/cureus.39589>
- American Cancer Society [ACS]. (2024). *Cáncer de estómago: Datos e información sobre el cáncer gástrico*. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-estomago.html>
- Araneda, J., Ruiz, M., Vallejos, T. y Oliva, M. (2015). Consumo de frutas y verduras por escolares adolescentes de la ciudad de Chillán. Chile. *Revista chilena de nutrición*, 42(3), 248-253. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182015000300004>
- Avendaño, E. (2023). *Conocimientos y prácticas para la prevención de cáncer de estómago en usuarios que acuden al Hospital de Apoyo de Jesús Nazareno, Ayacucho 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga]. Repositorio Institucional UNSCH. <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/5251>
- Baca, C. y Vifmady, Y. (2020). *Estilos de vida saludable y nivel de conocimiento de prevención del cáncer gástrico Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2016*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6504?show=full>
- Bautista, M. y Medina, A. (2021). *Factores Asociados al grado de conocimientos sobre prevención y factores que predisponen el desarrollo de cáncer gástrico en la ciudad de Loja Mayo-Junio 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica Particular de Loja (Ecuador)]. Repositorio Institucional UTPL. <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/28298>
- Berrosipi, M., Lloclla, S. y Correa, L. (2020). Factores asociados a conocimientos sobre prevención del cáncer gástrico en pacientes en un hospital de Lima-Perú, 2017. *Revista*

de la Facultad de Medicina Humana, 19(2), 34-39.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n2/a15v19n2.pdf>

Bunge, M. (1997). *La ciencia, su método y su filosofía*. Sudamericana.

<https://www.der.unicen.edu.ar/wp-content/uploads/2021/06/05.-BUNGE-1.pdf>

Camargo, M., Goto, Y., Zabaleta, J., Morgan, D., Correa, P. y Rabkin, C. (2012). Sex hormones, hormonal interventions, and gastric cancer risk: A meta-analysis. *Cancer Epidemiology, Biomarkers y Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 21(1), 20-38. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-11-0834>

Campillo, D., Diez, A. y Villanueva, A. (2019). *Gastritis, úlcera péptica y cáncer de estómago*.

<https://www.unioviado.es/pacel/wp-content/uploads/2019/07/Gastritis-ulcera-peptica-y-cancer-de-estomago.pdf>

Cárdenas C., Cárdenas, J. y Játiva, J. (2021). Cáncer gástrico: Una revisión bibliográfica.

Revista Dominio de las Ciencias, 7(1), 338-354.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8231665>

Cebrián, A., de la Concha, G. y Fernández-Urién, I. (2016). Cáncer gástrico. *Medicine - Programa de formación médica continuada acreditado*, 12(3), 118-127.

<https://doi.org/10.1016/j.med.2016.02.002>

Csendes, A. y Figueroa, M. (2017). Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile.

Revista chilena de cirugía, 69(6), 502-507. <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.10.014>

Escobar, E., Cantelar, N., Capó, V., Martínez, I., Terán, M. y Cathcart, F. (2012). Infección por *Helicobacter pylori* asociada con neoplasias gástricas malignas en el estado de Guerrero, México, 2001-2011. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(2), 225-236.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000200007

Flores, J. (2021). *Factores sociodemográficos relacionados a conocimientos sobre prevención*

- de cáncer gástrico de usuarios de un centro de salud en Carabayllo, Lima*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica Sedes Sapientiae]. Repositorio Institucional UCSS. <https://repositorio.ucss.edu.pe/handle/20.500.14095/1620>
- Flores J. y Ortiz K. (2020). Características sociodemográficas y conocimientos sobre la prevención de cáncer gástrico en usuarios de un centro de salud del Perú. *CASUS: Revista de Investigación y Casos en Salud*, 5(1), 1-7. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7770642>
- Fuenzalida, F. y Núñez, M. (2019). *Barreras percibidas para el diagnóstico oportuno de cáncer gástrico en adultos en la ciudad de Talca, estudio piloto*. [Tesis de pregrado, Universidad de Talca (Chile)]. Repositorio Institucional Utalca. <http://dspace.otalca.cl/handle/1950/12083>
- Garro, A. (2017). Aspectos médico legales a considerar del cáncer ocupacional: Revisión bibliográfica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(2), 43-48. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000200043
- Hong, H., Wang, Q., Li, J., Liu, H., Meng, X. y Zhang, H. (2019). Aging, cancer and immunity. *Journal of Cancer*, 10(13), 3021-3027. <https://doi.org/10.7150/jca.30723>
- Hsu, M., Safadi, A. y Lui, F. (2025). *Physiology, stomach*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535425/>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN]. (2017). *Guía técnica para la consejería preventiva de cáncer*. https://www.irennorte.gob.pe/pdf/normatividad/documentos_normativos/INEN/GUIA_S_TECNICAS/2011-Guia-tecnica-para-la-consejeria-preventiva-de-cancer.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN]. (2018). *Manual en salud: Prevención de cáncer*. <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/10/MANUAL->

[PREVENCION-CANCER_final-16.01.19.pdf](#)

- Jimenez, E. (2021). *Nivel de conocimiento sobre prevención de cáncer gástrico en el personal de serenazgo de Barranco noviembre 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional UPSJB. <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/c208526b-0496-43be-90a7-9b369959900c>
- Kang, M., Jung, J., Koo, J., Kim, I., Kim, H. y Myong, J. (2021). Increased risk of gastric cancer in workers with occupational dust exposure. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 36(Suppl 1), S18-S26. <https://doi.org/10.3904/kjim.2019.421>
- Lahner, E., Carabotti, M. y Annibale, B. (2017). Atrophic body gastritis: Clinical Presentation, diagnosis, and outcome. *EMJ Gastroenterology*, 6(1), 75-82. <https://doi.org/10.33590/emjgastroenterol/10314623>
- Lott, P. y Carvajal, L. (2018). Resolving gastric cancer aetiology: An update in genetic predisposition. *The Lancet. Gastroenterology y Hepatology*, 3(12), 874-883. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(18\)30237-1](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(18)30237-1)
- Mendes, A. y Santana, M. (2019). Conhecimento de cuidadores sobre prevenção do câncer gástrico. *Revista do Pesquisa*, 1194-1201. http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7188/pdf_1
- Montoya, V. y Montagné, N. (2019). Generalidades del cáncer gástrico. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 9(2), Article 2. https://doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v9i2.37351
- Morales, M., Corrales, S., Vanterpoll, M., Avalos, R., Salabert, I. y Hernández, O. (2018). Cáncer gástrico: Algunas consideraciones sobre factores de riesgo y *Helicobacter pylori*. *Revista Médica Electrónica*, 40(2), 433-444. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200018
- Observatorio Global del Cáncer [GLOBOCAN]. (2022). *Cancer Today*.

<https://gco.iarc.who.int/today/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Cáncer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2024). *Cáncer*. <https://www.paho.org/es/temas/cancer>

Otero, S. (2019). *Nivel de conocimiento acerca de la prevención del cáncer de estómago en los estudiantes que cursan el Programa de la Maestría en Docencia Superior, Centro Regional Universitario de San Miguelito, 2018*. [Tesis de maestría, Universidad de Panamá]. Repositorio Institucional UP. <https://up-rid.up.ac.pa/1812/>

Pérez J., Leyva, A. y Machín, A. (2019). Prevenir el cáncer de estómago: Necesidad urgente de intervenciones educativas. *Revista Científica Hallazgos*, 4(2), 207-214. <https://doi.org/10.69890/hallazgos21.v4i2.349>

Piazuelo, M. y Correa, P. (2013). Gastric cancer: Overview. *Colombia Medica (Cali, Colombia)*, 44(3), 192-201. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4002033/>

Ramos, W. y Guerrero, N. (2020). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018*. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5158.pdf>

Sánchez, C. (2014). *Características sociodemográficas, hábitos de consumo alimentario y sustancias nocivas en pobladores con diagnóstico de gastritis y que acuden al Centro de Salud de Quilmaná – Cañete 2014*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/1565>

Sitarz, R., Skierucha, M., Mielko, J., Offerhaus, G., Maciejewski, R. y Polkowski, W. (2018). Gastric cancer: Epidemiology, prevention, classification, and treatment. *Cancer Management and Research*, 10, 239-248. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S149619>

- Vara, E. (2021). *Percepción del tamizaje en la prevención de cáncer gástrico en adultos del asentamiento humano Alfonso Ugarte – Huánuco 2019*. [Tesis de pregrado, Universidad de Huánuco]. Repositorio Institucional UDH. <https://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/2834>
- Walde, J. (2014). *Conocimientos y prácticas sobre higiene en la manipulación de alimentos que tienen las socias de comedores populares, distrito de Comas, año 2013*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/d82e1ccb-7503-4024-8de5-75582821fe40/content>
- Wang, Q., He, X., Geng, L., Jiang, S., Yang, C., Xu, K., Shen, S., Cao, W., Qi, W. y Zhao, S. P. (2024). Public awareness of gastric cancer risk factors and screening behaviours in Shijiazhuang, China: A community-based survey. *PloS One*, 19(10), e0311491. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311491>

IX. ANEXOS

9.1. Anexo A. Matriz de consistencia

Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico en pacientes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, agosto–diciembre 2024

Problema	Objetivo	Variables	Método
<p>Problema general ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo Agosto - Diciembre 2024?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es el nivel de conocimiento en el factor de riesgo genético - personal para cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos por consultorio externo del hospital Guillermo almenara Irigoyen durante el periodo Agosto - Diciembre 2024? - ¿Cuál es el nivel de conocimiento en el factor de riesgo medioambiental para cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos por consultorio externo del hospital Guillermo almenara Irigoyen durante el periodo Agosto - Diciembre 2024? - ¿Cuál es el nivel de conocimiento en el factor de riesgo biológico para cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos por consultorio externo del hospital Guillermo almenara Irigoyen durante el periodo Agosto - Diciembre 2024? 	<p>Objetivo general Determinar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer Gástrico en pacientes adultos atendidos en el hospital Guillermo almenara Irigoyen durante el periodo Agosto - Diciembre 2024</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo genético - personales que influyen en el desarrollo de cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en el hospital Guillermo almenara Irigoyen durante el periodo Agosto - Diciembre 2024 - Determinar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo medioambientales que influyen en el desarrollo de cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en el hospital Guillermo almenara Irigoyen durante el periodo agosto–diciembre 2024 - Identificar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo biológicos que influyen en el desarrollo de cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en el hospital Guillermo almenara Irigoyen durante el periodo agosto–diciembre 2024 	<p>Variable principal Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico</p> <p>Variables secundarias Sexo, edad, grado de instrucción, ocupación, conocimiento de síntomas</p>	<p>Tipo de estudio Estudio de tipo básico o puro.</p> <p>Diseño de estudio No experimental, descriptivo, de corte transversal.</p> <p>Población Pacientes adultos atendidos en el hospital Guillermo almenara Irigoyen</p> <p>Muestra 376 pacientes adultos atendidos en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen</p> <p>Muestreo Muestreo no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia</p> <p>Instrumento Cuestionario para evaluar el nivel de Conocimiento sobre cáncer gástrico. Técnica fue la encuesta.</p>

9.2. Anexo B. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición	Categoría
Conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer gástrico	El conocimiento es un conjunto de ideas y experiencias adquiridas a través de la información obtenida referente a la prevención, disminución o eliminación de los factores de riesgo asociados al cáncer gástrico.	Cualitativa	Conocimiento general	Ordinal	Bajo: 0 - 6 Medio: 7 - 10 Alto: 11 - 16
			Conocimiento sobre factores genético-personales		Bajo: 0 Medio: 1-2 Alto: 3 - 5
			Conocimiento sobre factores medioambientales		Bajo: 0 - 4 Medio: 5 - 7 Alto: 8
			Conocimiento sobre factores biológicos		Bajo: 0 Medio: 1 - 2 Alto: 3
Conocimiento de síntomas de cáncer gástrico	Conjunto de síntomas que presenta una persona en un momento dado y que obedecen a la presencia de un trastorno específico de la salud.	Cualitativa	Llenura precoz	Nominal	No Sí
			Dispepsia		
			Náuseas		
			Hiporexia		
			Epigastralgia		
Sexo	Condición orgánica que distingue hombre y mujer.	Cualitativa	Sexo	Nominal	Femenino Masculino
Edad	Cantidad de años cumplidos, en base a la fecha de nacimiento hasta la fecha de la aplicación del estudio.	Cualitativa	Fecha de Nacimiento	Nominal	18-27 años 28-37 años 38-47 años 48-57 años 58-67 años Más de 67 años
Grado de instrucción	Grado de formación académica	Cualitativa	Grado académico	Ordinal	Sin estudios Primaria Secundaria Superior
Ocupación	clase o tipo de trabajo al que se dedica la mayor parte del tiempo.	Cualitativa	ocupación	Nominal	Ama de casa Sin trabajo actualmente Con trabajo actualmente

9.3. Anexo C. Consentimiento informado

Reciba usted los más cordiales saludos. La presente investigación es desarrollada por Tocto Díaz Milagros del Pilar, bachiller de la escuela de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Introducción

Estimado señor(a), le hago extensiva mi cordial invitación a participar de manera voluntaria en este trabajo de investigación para conocer el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes atendidos en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo agosto–diciembre del año 2024.

Objetivo del estudio

El objetivo del estudio será determinar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo agosto–diciembre del año 2024.

Procedimientos

En este estudio de tipo descriptivo observacional, se le realizará una pequeña encuesta la cual usted podrá completar de manera voluntaria.

Riesgo

La participación en el proyecto no implica riesgos para la salud humana.

Beneficio

Usted estará apoyando a que se conozca cuál es el nivel de conocimiento de la población sobre factores de riesgo de cáncer gástrico y así se pueda influir en el estado para implementar programas de información y educación sobre cómo prevenir esta enfermedad altamente mortal.

Costos y compensación

Usted no deberá pagar nada por su participación en esta investigación y no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole; únicamente la satisfacción de colaborar en conocer el

conocimiento que tiene la población acerca de cómo prevenir el cáncer gástrico.

Derechos del participante

En caso el participante desee saber sus derechos sobre el trabajo de investigación, comunicarse con la presidenta del Comité de Ética, Dra. Estela M. Quiroz Malca, cel. 999 319 879 y en caso no desee continuar en el proyecto tiene el derecho de retirarse voluntariamente del mismo en el momento que lo considere.

Confidencialidad

Le recordamos que su anonimato será garantizado. Asimismo, una vez terminado el estudio sus datos serán eliminados automáticamente. En caso usted desee participar voluntariamente de esta encuesta, la encuestadora le brindará las indicaciones. En caso de que no desee participar podrá negarse voluntariamente.

Se estará presto a responder a todas las preguntas que pueda tener. Se espera la total comprensión de la información descrita en este formulario de consentimiento informado y acepta libremente participar en el estudio.

Declaración y/o consentimiento

He leído la información anteriormente proporcionada. Se me ha dado la oportunidad de preguntar, y todas mis inquietudes han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto voluntariamente participar en este estudio, asimismo es de mi conocimiento que puedo decidir no participar y retirarme en cualquier momento del estudio.

Con la información proporcionada, ¿acepta voluntariamente participar en el estudio? Marque su respuesta.

SÍ

NO

9.4. Anexo D. Cuestionario

Cuestionario – Conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer gástrico

Presentación

El presente cuestionario está destinado con el fin de determinar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo para cáncer gástrico en los pacientes adultos atendidos en el hospital Guillermo almenara Irigoyen durante el periodo Agosto - Diciembre 2024. El procedimiento incluye responder el cuestionario. Su participación en el estudio es voluntaria.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no será publicada en la realización del estudio, ni en su publicación. De antemano se agradece cordialmente su participación.

Instrucciones

En cada pregunta, encierre en un círculo la letra de la alternativa que considere correcta:

I. Datos generales

1. Edad

- a. 18 a 27 años
- b. 28 a 37 años
- c. 38 a 47 años
- d. 48 a 57 años
- e. 58 a 67 años
- f. Más de 67 años

2. Sexo

- a. Hombre
- b. Mujer

3. Grado de Instrucción:

- a. Sin estudios
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior no universitaria
- e. Superior universitaria

4. Ocupación

- a. Ama de casa
- b. Sin trabajo actualmente
- c. Con trabajo actualmente

II. Sintomatología

¿Cree usted que alguno de los siguientes síntomas puede ser señal de padecer cáncer de estómago?

1. Sensación de llenura precoz

- a. Si
- b. No

2. Dispepsia (indigestión o “vinagrera”)

- a. Si
- b. No

3. Náuseas (ganas de vomitar)

- a. Si
- b. No

4. Hiporexia (poco apetito)

- a. Si
- b. No

5. Epigastralgia (dolor en la boca del estómago)

- a. Si
- b. No

III. Datos específicos**Factores genético-personales**

1. ¿En qué edades cree que es más frecuente el cáncer de estómago?

- 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

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

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

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No

5. Si la respuesta anterior fue si, en las enfermedades que a continuación se mencionan, cuáles considera que aumentan el riesgo de aparición de cáncer de estómago? (Puede marcar más de una)

- a. Anemia perniciosa
- b. Enfermedad de Menetrier

- c. Hepatitis
- d. Tuberculosis
- e. Gastritis atrófica

Factores medioambientales

6. De los siguientes tipos de trabajos, señale aquel que se relacione con mayor riesgo de aparición de cáncer de estómago:

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

7. ¿Qué alimentos cree que están mayormente RELACIONADOS A LA APARICIÓN de cáncer de estómago?

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

8. ¿Qué alimentos cree que son PROTECTORES contra el cáncer de estómago?

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

9. Comer alimentos preparados el día anterior (recalentados), aumentaría el riesgo de padecer de cáncer de estómago?

a. Sí

b. No

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

a. Sí

b. No

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

a. Sí

b. No

12. ¿Cree que la selección adecuada de alimentos reduciría el riesgo de padecer cáncer de estómago?

a. Sí

b. No

13. ¿Cree que hábitos nocivos como fumar frecuentemente aumenta el riesgo de padecer cáncer de estómago?

a. Sí

b. No

Factores biológicos

14. La bacteria que está reconocida como la “que da origen” al cáncer de estómago es...

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

15. La bacteria que Ud. escogió, ¿por sí sola es capaz de originar el cáncer de estómago?

- a. Sí
- b. No

16. ¿Esta bacteria podría causar lesiones en el estómago que pudieran convertirse en cáncer?

- a. Sí
- b. No.

9.5. Anexo E. Escala de evaluación del instrumento

Escala de stanones

La escala propone:

$$\text{Valor límite alto/medio} = X + 0.75 (\text{Dev})$$

$$\text{Valor límite Medio/bajo} = X - 0.75 (\text{Dev})$$

Escala para el nivel general de conocimiento

Ejemplo:

$$X = 8.18$$

$$\text{Desv} = 1.86$$

Remplazando en la escala de stanones:

$$\text{Valor límite alto/medio} = 8.18 + 0.75 (1.86) = 10$$

$$\text{Valor límite Medio/bajo} = 8.18 - 0.75 (1.86) = 7$$

Por tanto, la escala queda definida:

$$\text{Alto} = 11 - 16$$

$$\text{Medio} = 7 - 10$$

$$\text{Bajo} = 0 - 6$$

Escala para indicadores de conocimiento sobre factores genético-personales

Ejemplo:

$$X = 1.177$$

$$\text{Desv} = 0.85$$

Remplazando en la escala de stanones:

$$\text{Valor límite alto/medio} = 1.177 + 0.75 (0.85) = 1.8$$

$$\text{Valor límite Medio/bajo} = 1.177 - 0.75 (0.85) = 0.5$$

Por tanto, la escala queda definida:

$$\text{Alto} = 3 - 5$$

$$\text{Medio} = 1 - 2$$

$$\text{Bajo} = 0$$

Escala para indicadores de conocimiento sobre factores medioambientales

Ejemplo:

$$X = 5.8$$

$$\text{Desv} = 1.43$$

Reemplazando en la escala de stanones:

$$\text{Valor límite alto/medio} = 5.8 + 0.75 (1.43) = 6.8$$

$$\text{Valor límite Medio/bajo} = 5.8 - 0.75 (1.43) = 4.7$$

Por tanto, la escala queda definida:

$$\text{Alto} = 8$$

$$\text{Medio} = 5 - 7$$

$$\text{Bajo} = 4 - 0$$

Escala para indicadores de conocimiento sobre factores biológicos

Ejemplo:

$$X = 1.16$$

$$\text{Desv} = 0.72$$

Remplazando en la escala de stanones:

$$\text{Valor límite alto/medio} = 1.16 + 0.75 (0.72) = 1$$

$$\text{Valor límite Medio/bajo} = 1.16 + 0.75 (0.72) = 0.6$$

Por tanto, la escala queda definida:

$$\text{Alto} = 3$$

$$\text{Medio} = 1 - 2$$

$$\text{Bajo} = 0$$