

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FACTORES PREDISPONENTES DE CÁNCER GÁSTRICO Y NIVEL DE
DEPRESIÓN EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA
ICA, JULIO-2017**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
ALVARADO VARGAS, MILAGROS CAROLINA
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**ICA- PERÚ
2018**

ASESORA:

MG. MARITA ESPINOZA ALMORA

AGRADECIMIENTO

- A Dios por estar siempre acompañándome y guiando en cada uno de mis pasos, por darme la fortaleza y no desfallecer en un momento de debilidad, y lo más importante darme la oportunidad de seguir aprendiendo y desarrollando nuevas experiencias.
- A la Universidad Privada San Juan Bautista por la oportunidad de realizar los estudios de pregrado y de esta manera llegar a ser un profesional de éxito.
- A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, quienes compartieron sus conocimientos para que pudiera ser una profesional, por su tiempo, dedicación y por su pasión por la actividad docente.
- A mi asesora Lic. Marita Espinoza por su entrega, quien a través de sus conocimientos, experticia, estimulación y firmeza ha conseguido que se pueda culminar la presente investigación.

DEDICATORIA

A mis padres Javier y Rosa por su gran amor que me brindan y su apoyo de forma incondicional a lo largo de mi vida; por ser mi guía para seguir por el camino adecuado e incentivarme a seguir realizando cada una de mis metas. Gracias por su fortaleza, por darme la vida y por hacer de mí la persona que soy.

A mis hermanos Javier y Rosabel quienes son pieza fundamental en mi vida.

A mis sobrinos Nayeli, Jordán y Liam por dar alegría a mi vida con el amor que me brindan, son mi motivo para seguir adelante.

A mi abuela Luisa por entregarme gratos momentos de felicidad, comprensión y mucho amor.

RESUMEN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer gástrico es considerado como la primera causa de mortalidad cancerígena en Perú; existiendo un mayor índice de pacientes varones y siendo la tercera para el caso de las mujeres. La cual tiene como objetivo determinar los factores predisponentes y nivel de depresión en pacientes del consultorio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, Julio 2017. Los resultados del estudio permitieron brindar información actualizada y relevante a la institución de salud con el fin de implementar estrategias. Según el alcance del estudio es descriptivo, es de diseño no experimental, y según el enfoque es cuantitativo, la muestra está constituida por 50 pacientes. La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos fueron el cuestionario y el Test de Zung. Los resultados reflejan que los factores predisponentes para el cáncer gástrico están presentes y el nivel de depresión es bajo en pacientes del consultorio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, Julio - 2017. La investigación llegó a la siguiente conclusión: En base a los datos recogidos en la experiencia investigativa se puede señalar que los datos generales el 50% presentan grado de estudios secundaria. Los factores predisponentes de cáncer gástrico, no modificables, se encuentran en la edad del paciente donde un 38% tiene una edad que oscila entre 30 a 40 años; un 42% son de raza blanca, también se observa que el 70% presentan antecedentes familiares con cáncer, un 60% son mujeres y el 46% presenta tipo de sangre O, en cuanto a los factores modificables el 58% tienen hábitos de fumar y emplea alto contenido de sal en su comida, 50% consumen vitamina A, 60% consume vitamina C, 58% consume frutas, 54% consume verduras, 66% consume alimentos ricos en fibra. El nivel de depresión global se observa el 10% presentan un nivel alto de depresión, 34% un nivel medio y 56% un nivel bajo de depresión.

Palabras claves: Factores, predisposición, cáncer gástrico, depresión, gastroenterología.

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO) gastric cancer It is considered as the first cause of cancer mortality in Peru; There is a higher rate of male patients and the third is for women. The objective of this study is to determine the predisposing factors and level of depression in patients of the gastroenterology clinic of the Hospital Augusto Hernández Mendoza in Ica, July 2017. The results of the study allowed to provide updated and relevant information to the health institution in order to implement strategies. According to the scope of the study it is descriptive, it is of non-experimental design, and according to the approach is quantitative, the sample is constituted by 50 patients. The technique that was used for the data collection was the survey and the instruments were the questionnaire and the Zung test. The results reflect that the predisposing factors for gastric cancer are present and the level of depression is low in patients of the gastroenterology office of the Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, July - 2017. The investigation reached the following conclusion: Based on the data collected in the research experience can be noted that the general data 50% have a secondary education. The predisposing factors of gastric cancer, not modifiable, are found in the age of the patient where 38% have an age that ranges from 30 to 40 years; 42% are white, it is also observed that 70% have family history with cancer, 60% are women and 46% have blood type O, as for the modifiable factors 58% have smoking habits and it uses high salt content in its food, 50% consumes vitamin A, 60% consumes vitamin C, 58% consumes fruits, 54% consumes vegetables, 66% consumes foods rich in fiber. The level of global depression is observed 10% have a high level of depression, 34% a medium level and 56% a low level of depression.

Key words: Factors, predisposition, gastric cancer, depression, gastroenterology.

PRESENTACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer gástrico es considerada como una problemática mundial en cuanto a lo que concierne a salud pública, siendo considerado un tipo común de cáncer en hombres y empieza a manifestarse después de los 60 años, la cual se fundamenta en la presencia de una célula maligna ubicada en el tejido de estómago.

Esto surge del interés de estudiar los factores predisponentes y nivel de depresión en pacientes del consultorio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, Julio 2017.

Actualmente, en Ica se reconoce que el cáncer de estómago viene ocupando el primer lugar de los tipos de cáncer que desarrollan los individuos y generando el mayor número de decesos en la población de sexo masculino. Es entonces de gran importancia tener un conocimiento sobre la dimensión y distribución de este problema, de manera que se logre identificar el factor predisponente que lo ocasiona logrando desarrollar estrategias que logren prever, asimismo identificar el nivel de depresión de cada paciente para solucionar dicha problemática.

La forma de ofrecer mayor sobrevida a estos pacientes, es mediante la detección oportuna del cáncer gástrico, en los casos fueron diagnosticados se observa en etapas avanzadas, hecho por el cual es imprescindible conocer cuáles son los factores que se asocian al cáncer gástrico.

La investigación consta del **Capítulo I: El problema**, en donde involucra la realización del planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación, y propósito Capítulo **II: Marco Teórico**, la cual enmarca la realización de los antecedentes del estudio, base teórica, hipótesis, variables y definición operacionales de términos. **Capítulo III: Metodología de la investigación**, en él se incluye tipos de estudio, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de

datos. **Capítulo IV: Análisis de los resultados**, en el que incluye los resultados y discusión. **Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones**. Se finalizó con las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

ÍNDICE

	Pág.
ASESORA	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
PRESENTACIÓN	VII
ÍNDICE	IX
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE GRÁFICOS	XII
LISTA DE ANEXOS	XIII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	14
I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
I.c. OBJETIVOS:	17
1.c.1. GENERAL	17
1.c.2. ESPECÍFICOS	17
I.d. JUSTIFICACIÓN	17
I.e. PROPÓSITO	18
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	19
II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	19
II.b. BASE TEÓRICA	25
II.c. HIPÓTESIS	45
II.d. VARIABLES	45

II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	45
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	46
III.a. TIPO DE ESTUDIO	46
III.b. ÁREA DE ESTUDIO	46
III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA	46
III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	48
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	50
IV.a. RESULTADOS	50
IV.b. DISCUSIÓN	58
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
V.a. CONCLUSIONES	62
V.b. RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	69

LISTA DE TABLAS

N°	TÍTULO	Pág.
1	DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, JULIO – 2017.	50
2	FACTORES PREDISPONENTES DE CÁNCER GÁSTRICO SEGÚN DIMENSIÓN FACTORES NO MODIFICABLES EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, JULIO – 2017.	77
3	FACTORES PREDISPONENTES DE CÁNCER GÁSTRICO SEGÚN DIMENSIÓN FACTORES MODIFICABLES EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, JULIO – 2017.	78
4	DEPRESIÓN SEGÚN SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ ICA, JULIO – 2017.	79
5	DEPRESIÓN SEGÚN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, JULIO – 2017.	79
6	NIVEL DE DEPRESIÓN GLOBAL EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, JULIO – 2017.	80

LISTA DE GRÁFICOS

N°	TÍTULO	Pág.
1	FACTORES PREDISPONENTES DE CÁNCER GÁSTRICO SEGÚN DIMENSIÓN FACTORES NO MODIFICABLES EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, JULIO – 2017.	51
2	FACTORES PREDISPONENTES DE CÁNCER GÁSTRICO SEGÚN DIMENSIÓN FACTORES MODIFICABLES EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, JULIO – 2017.	53
3	DEPRESIÓN SEGÚN SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ ICA, JULIO – 2017.	55
4	DEPRESIÓN SEGÚN SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, JULIO – 2017.	56
5	NIVEL DE DEPRESIÓN GLOBAL EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, JULIO – 2017.	57

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO N°1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	69
ANEXO N°2A INSTRUMENTO CUESTIONARIO	71
ANEXO N°2B INSTRUMENTO TEST DE ZUNG MODIFICADO	74
ANEXO N°3 PRUEBA BINOMIAL	75
ANEXO N°4 CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS	76
ANEXO N°5 TABLAS DE RESULTADOS	77
ANEXO N°6 DATA DE RESULTADOS	81

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En esta última década, se ha evidenciado como el cáncer se ha extendido hasta llegar a ser un problema de salud de carácter mundial, que va en incremento a pesar de los constantes avances tecnológicos y medios que se han desarrollado en la sociedad.

De acuerdo a la OMS a nivel mundial señala que el 15% que equivale a 1.2 millones de casos con neoplasias malignas que se presentan se puede afirmar que entre ellas se encuentran el cáncer al estómago así como los linfomas gástricos vinculados a la mucosa (MALT) con *Helicobacter pylori* ¹.

En Ecuador, Martínez ² señala que el cáncer gástrico viene ocupando el doceavo lugar en cuanto a las causas de muerte que se evidencian en el país, con un estimado de 1567 defunciones por cada 100.000 habitantes. Tungurahua está entre las principales provincias del Ecuador con mayor incidencia por cada 100.000 habitantes de cáncer gástrico. En los últimos años se captaron y registraron 540 casos nuevos de cáncer en Tungurahua; de los 297 varones y 243 damas: se observa que la edad intermedia fue de 66.9 años (rango: 17-98 años); evidenciándose una mayor incidencia entre los rangos de 70 a 74 años de edad. De los casos expuestos el 56% fue diagnosticado en Ambato; de los cuales el 35% son personas que se dedicaron a la agricultura y el resto representa a jubilados y empleados de otros rubros. El 17.7% de los tumores se localizaron en antro y píloro. En todos los casos el diagnóstico fue tardío (etapa III-IV). Estudios en la provincia de Tungurahua, hace referencia a que en esta provincia la mortalidad por cáncer gástrico se ha mantenido constantemente elevada desde hace 30 años, ubicándose en tercer lugar entre las provincias del Ecuador, con una tasa de mortalidad de 23.1 x 100.000 habitantes, que duplica la tasa de mortalidad nacional por esta causa (12.6 x 100.000 habitantes), con una tendencia al incremento.

Asimismo los otros países donde se evidencia un mayor número de casos es, Costa Rica, Perú, Brasil, China, Corea, Chile y Taiwán sin embargo los casos de tumores de cáncer de estómago son más frecuentes en occidente. El factor de riesgo vinculado a dicho tipo de cáncer es la infección originada por *Helicobacter pylori*, tabaquismo, el consumo alto de sal y otro factor que también se encuentra relacionado es el tipo de alimentación ¹.

Gonzales, Tenorio y Vintimilla ³ consideran que la incidencia tanto de niveles de depresión como de ansiedad en pacientes que sufren de cáncer resultan siendo frecuentes, es por ello que se evidencia que alrededor del 25 al 40% de pacientes que se encuentran hospitalizados presentan algún nivel de depresión, mientras que el 60% se encuentra vinculado a niveles de ansiedad.

El cáncer al estómago es la primera causa de mortalidad por cáncer en el Perú y, según la Organización Mundial de la Salud (OMS – 2013), ocupa el segundo lugar en el mundo. Además, podría estar asociado a factores genéticos, ambientales y alimentarios. El Ministerio de Salud (Minsa) presentó el “Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013”, según el cual en Huánuco y Huancavelica hay mayor incidencia de cáncer de estómago, mientras que en la selva se presentan más casos de cuello uterino. El impacto que esta tiene en la salud reside en que, una disminución en las frecuencias del factor modificable en la población lograría tener un impacto en la disminución de la incidencia y por ende disminuirían los niveles de mortalidad a causa del cáncer gástrico, consumo periódico del tabaco, baja ingesta de frutas y verduras, el consumo de manera excesiva de sal y comidas ahumadas ⁴.

Así mismo, la Dirección General de Epidemiología ⁵ manifiesta que el país la segunda presencia de cáncer es al estómago existiendo un mayor índice de pacientes varones y siendo la tercera para el caso de las mujeres, asimismo es considerado como uno de los cáncer con mayor índice de mortalidad indistintamente del sexo, se considera que en un año

se observan alrededor de 2000 casos nuevos, mientras que alrededor de 5000 individuos fallecen a causa de ella, los departamentos donde se han observado los mayores índices son en Huánuco, Huancavelica, Apurímac y Ayacucho. Además, se viene observando el incremento de esta neoplasia en población adulta joven

Manchego ⁶ manifiesta que el 50% de personas diagnosticadas con cáncer presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico durante todo el camino de esta enfermedad; de manera frecuente existen trastornos con ánimo depresivo, lo cual se debe a que logra perder ciertas facultades en su vida como puede ser el rol de familia, aspectos laborales, esquema corporal, etc.

En la Región de Ica, se observa que el cáncer gástrico ocupa el primer lugar de incidencia en la región de Ica, seguido del cáncer al pulmón, próstata, mama y cuello uterino, indicó hoy lunes Edith Velásquez, coordinadora regional del Programa Estratégico de Prevención y Control del Cáncer de la Diresa, sostiene que anualmente, se registran 83 casos de cáncer gástrico, con mayor incidencia entre los hombres ⁷. Además se observa que muchos pacientes presentan elevados cuadros de estrés, debido a que en muchos casos en su atención no se le brinda servicio psicológico que le permita sobrellevar su enfermedad.

Durante las vivencias diarias como estudiante e interna pude observar la realidad preocupante habiendo un gran incremento de casos de cáncer gástrico en los pacientes por lo que practican hábitos no saludables e ignoran las acciones de prevención de cáncer de estómago.

Así mismo, se observa que en muchos casos los pacientes que ya están recibiendo el tratamiento contra el cáncer gástrico presentan cuadros de depresión. Frente a esta problemática resulta conveniente la realización de la investigación Factores predisponentes de cáncer gástrico y nivel de depresión en pacientes del consultorio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, julio-2017 como estrategia para conocer el comportamiento de las variables.

II.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores predisponentes de cáncer gástrico y nivel de depresión en pacientes del consultorio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, Julio -2017?

II.c. OBJETIVOS

II.c.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores predisponentes de cáncer gástrico y nivel de depresión en pacientes del consultorio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, Julio - 2017.

II.c.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

O.E.1: Identificar los factores predisponentes de cáncer gástrico, según sea:

- Factores modificables
- Factores no modificables

O.E.2: Identificar el nivel de depresión en pacientes del servicio de gastroenterología, según sea:

- Síntomas somáticos
- Síntomas psicológicos

I.d. JUSTIFICACIÓN

En el Perú se evidencia un incremento progresivo respecto al cáncer gástrico y como señalan algunos autores el cáncer gástrico es considerado como una enfermedad que se origina por los malos hábitos saludables que vienen adoptando, es por ello que la realización de la presente investigación resulta relevante tanto para el personal médico, enfermería o personal de salud que se encuentre en el área oncológica.

Una de las funciones de todo personal de salud es el desarrollo de programas en los que se difunda la prevención y promoción de salud, las

estrategias que se desarrollen están en función a incrementar el bienestar y los ejercicios para prevenir cierto tipo de males constituyen una forma importante de atención sanitaria.

De todos los factores que generan este tipo de cáncer se puede señalar que existe un gran número de ellos que pueden ser prevenidos por la persona, ya que de ella depende su estilo de vida que desarrolla; de esta manera los profesionales encargados de elaborar las estrategias deben tener en cuenta los niveles de conocimientos de la población en la cual piensan desarrollar estos programas de prevención para a partir de ello lograr elaborar estas estrategias con la finalidad de mejorar el nivel de vida del individuo y de sus familiares y de la comunidad en general.

Así mismo identificar el grado de depresión que padecen los pacientes, para que la enfermera elabore estrategias orientadas a fortalecer las técnicas de afrontamiento para disminuir considerablemente el nivel de depresión con ayuda de tratamiento psicológico si fuese necesario.

I.e. PROPÓSITO

Con esta investigación se pretende que los pacientes del consultorio de gastroenterología puedan identificar los factores predisponentes y que técnicas pueden utilizar para afrontar la depresión en su enfermedad.

Así mismo el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Ica se beneficiara ya que se entregaran los resultados de dicha investigación lo cual dará a conocer los resultados hallados para que adopten estrategias e incentiven a los pacientes a tomar medidas preventivas que puedan ayudar a disminuir los niveles de depresión y los factores predisponentes de cáncer gástrico.

Se pretende también que sirva de referencia para posteriores trabajos de investigación, o para la continuación del mismo en base a los resultados obtenidos, investigaciones dirigidas a evaluar los factores predisponentes y el nivel de depresión en cáncer gástrico.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II.a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Martínez, L. En el año 2016 realizó un estudio observacional descriptivo, transversal y retrospectivo, cuyo objetivo fue determinar **LOS FACTORES DE RIESGO CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO PARA DISEÑAR UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ESTA AFECCIÓN EN EL CANTÓN QUERO, PROVINCIA TUNGURAHUA**. La muestra se conformó aleatoriamente con la totalidad de pacientes que fueron atendidos por esta condición en el Centro de Salud del cantón, durante el período 2010-2015. Se utilizó la ficha bibliográfica para la recolección de datos correspondientes a las variables a investigar revisando las historias clínicas de los pacientes y posteriormente se aplicó una encuesta a los mismos en visitas domiciliarias y el servicio de consulta externa. El procedimiento estadístico se desarrolló empleando el programa Microsoft Excel. . Se arribó a las siguientes conclusiones: Resultados: Los principales factores de riesgo observados fueron alto consumo de tabaco, alcohol, alimentos ahumados, embutidos y conservados, antecedentes familiares de poliposis o cáncer intestinal, antecedentes personales de gastritis e infección con Helicobacter Pylori, desconocimiento de la enfermedad y poco interés por informarse. Se propuso una guía educativa de prevención del cáncer gástrico dirigida a toda la población del cantón Quero, provincia Tungurahua. Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes manifestaron no tener conocimientos sobre el cáncer gástrico y que no habían recibido información al respecto por parte del personal del centro de salud ².

Gonzales, A., Tenorio, A. y Vintimilla, A. En el año 2015 realizaron un estudio transversal, cuyo objetivo fue determinar **LA PREVALENCIA Y LOS FACTORES DE RIESGO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN**

PACIENTES CON CÁNCER, HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, 2014-2015. La muestra de estudio quedó conformada por 365 pacientes. Se utilizó la escala para la ansiedad y depresión hospitalaria y un formulario sociodemográfico para recolectar los datos e los pacientes empleando la historia clínica, constatándose los datos de filiación, duración del diagnóstico, soporte de la familia, convivencia. El procesamiento de datos se desarrolló utilizando los programas SPSS y Microsoft Excel. Resultados: En cuanto a la edad se obtuvo un promedio de 60,91 años así como de 14,7 años, respecto al sexo el 57,8% de casos observados fueron mujeres, su estado civil del 67,15 fue de casados, siendo un 71,1% de la zona urbana. Respecto a la ansiedad el 21,1% presenta ansiedad mientras que el 28,8% depresión. Dentro de los factores que se encuentran vinculados se ha considerado que dentro del tipo de cáncer más frecuente se tiene al cáncer de mama la cual se encuentra representada por el 17%, en estado de metástasis se evidencia el 45,5%; asimismo el tratamiento que es utilizado con mayor frecuencia es la de la quimioterapia estando representada por un 54,8%; de esta forma este mismo porcentaje es diagnosticada entre 0 a 11 meses; muchas de las personas que son detectadas con cáncer (20%) vive sola, no contando con un apoyo familiar frecuente (50,1%). depresión. Por lo que se concluye que existe un elevado nivel tanto de depresión como de ansiedad; asimismo dentro de los factores que influyen de manera significativa en la enfermedad se tienen a los que involucra la familia así como la convivencia ³.

Mazariegos, O. En el año 2015 desarrollo un estudio prospectivo, descriptivo comparativo, cuyo objetivo fue conocer **LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS, ESTUDIOS DE LABORATORIO Y ESTUDIOS DE IMÁGENES PREOPERATORIOS, QUE NOS AYUDEN A IDENTIFICAR (PREOPERATORIAMENTE) DE UNA FORMA MÁS PRECISA A LOS PACIENTES QUE NO SERÁN RESECABLES PARA OFRECERLES UN TRATAMIENTO NEO**

ADYUVANTE Y/O PALIATIVO Y EVITARLES LA MORBILIDAD DE UNA LAPAROTOMÍA INNECESARIA. La muestra de estudio quedó conformada por 116 pacientes, a quienes se analizó su expediente al hacer su ingreso a la unidad III, unidad encargada de tumores gastrointestinales. Se utilizó la prueba de índice de Kappa de Cohen, la boleta recolectora de datos, el expediente médico de los pacientes con cáncer gástrico en estudio, incluyendo informes de laboratorio y estudios de imágenes, reportes de endoscopias, records operatorios, así como el libro de registro de pacientes en sala de operaciones para la recolección de datos. El procesamiento de datos se realizó empleando el programa Microsoft Excel. Resultados: Los factores que NO influyeron en la resecabilidad del cáncer gástrico son: enfermedades asociadas, pérdida de peso, grado de funcionalidad, grado de anemia, tamaño del tumor. Con nuestros datos podemos establecer contraindicaciones absolutas y relativas para llevar a un paciente con cáncer gástrico. Conclusiones: No se encontraron diferencias entre ambos grupos en cuanto a los hallazgos endoscópicos, presencia de enfermedades asociadas, grado de funcionalidad en base a la escala de Karnofsky y pérdida de peso. Sin embargo, se encontró diferencia estadísticamente significativa en cuanto a presencia de hipoproteinemia, hipoalbuminemia, anemia, localización de la lesión, histología del tumor y hallazgos en tomografía. Proponemos que se tomen en cuenta estos factores como probables predictores de irresecabilidad, al momento de evaluar si un paciente con cáncer gástrico debe ser llevado a laparotomía ⁹.

Rondán, F. En el año 2016 desarrollo un estudio de casos y controles, cuyo objetivo fue identificar **LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HNHU DURANTE EL AÑO 2014.** La muestra de estudio quedó conformada por 84 pacientes. Para obtener los datos se recurrió a las historias clínicas a través de una ficha de

recolección de datos que han sido previamente validados, en donde se pudo observar problemas a nivel sociodemográfico, clínico, patológico y ambiental. El procesamiento de datos se realizó empleando el Excel y el Software SPSS. Resultados: De toda la muestra seleccionada 70 sujetos muestrales son de sexo masculino el cual represento el 41,7%, mientras que 98 sujetos muestrales eran de sexo femenino el cual representaba el 58,3%, en cuanto a las edades un gran porcentaje tenía menos de 50 años (52.9%). Se encontró un vínculo estadístico entre el diagnóstico de cáncer gástrico y los siguientes componentes: Se de sexo masculino (OR=5.96; IC95%, 3.01-11.79), edad de 50 a + (OR=3.81; IC95%, 2.01-7.24), tener algún antecedente familiar de esta enfermedad (OR=9.47; IC95%, 3.14-28.57), la infección por H. Pylori (OR=8; IC95%, 4.01-15.95) y adicción al cigarro (OR=6.61; IC95%, 3.18-13.73). Conclusiones: Existe una mayor prevalencia de cáncer gástrico en el sexo masculino, asimismo el tener un antecedente familiar que haya padecido esta enfermedad, la infección por H. Pylori y finalmente ser un consumidor de tabaco ¹⁰.

Manchego, S. En el año 2013 desarrollo un estudio de campo y documental, observacional, transversal y de nivel descriptivo – relacional, cuyo objetivo fue determinar **EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA E IDENTIFICAR LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS QUE PUEDEN DETERMINAR EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN ESTE TIPO DE PACIENTES**. La muestra de estudio quedó conformada por 196 pacientes con cáncer. Se utilizó el inventario de depresión de Beck como instrumento de recolección de datos. El procesamiento de datos se realizara empleando el programa Microsoft Excel y el paquete estadístico EPI-INFO. Resultados: Se ha evidenciado que la edad, sexo, idioma y ocupación son factores que se encuentran vinculados a la depresión, por otro lado el nivel de instrucción, el lugar de donde vienen así como su estado civil no desencadenan la depresión en personas que han sido

diagnosticadas con cáncer. Conclusiones: Dentro del cáncer más prevalente se tiene el de cuello uterino y de Próstata. Siendo la quimioterapia la primera opción para hacerle frente a la enfermedad. Dentro de los casos diagnosticados un gran porcentaje de estos fueron detectados dentro de los primeros seis meses ⁶.

Flores, G. En el año 2017 desarrollo un estudio de campo y nivel observacional, prospectivo y transversal, cuyo objetivo fue establecer **EL GRADO DE RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE EN EL AÑO 2017**. La muestra de estudio quedó conformada por 85 pacientes con cáncer. Se utilizó una ficha de evaluación y el Test de depresión de Zung como instrumentos de recolección de datos. El procesamiento de datos se realizó utilizando el programa Microsoft Excel y el paquete estadístico SPSS. Resultados: De los 85 sujetos muestrales se evidencio que el 89,41% presento depresión, se los cuales el 29,41% fue de manera leve, el 41,18 fue moderada y un 18,82% fue de forma severa. De acuerdo al sexo se puede señalar que el 76,47% son mujeres mientras que el 23,53% varones; respecto a la edad el 50,58% se encuentra alrededor de los 40 a 50 años de edad. Las regiones que presentaron mayor número de caso fue Puno con un 34,12% y la segunda fue Arequipa con un 32,95%; de acuerdo a su nivel de instrucción el 27,06% solo presenta estudios primarios, el 37,65% estudios secundarios y el 14,12% estudios del nivel superior. De acuerdo al estado civil el 15,29% son solteros, el 23,53% convivientes y el 41,18 casados, de los cuales el 83,53% se dedican a su casa. Como características clínicas se puede observar que el 25.88% tuvo un tiempo de enfermedad de 3 a 6 meses, siendo su nivel más alto entre el primer y segundo año (29,41%). Dentro del cáncer más frecuente es el que afecta al sistema genitourinaria representada por un 43,53%, y de partes blandas con un 22,35%, y del sistema digestivo con un 15,29%. El 32,94% se encontró en estadio III

mientras que un 34,12% en estadio IV. El mayor porcentaje de estos pacientes recibieron quimioterapia (91,76%), por otro lado el 68,24% recibieron radioterapia y finalmente el 49,41% fueron sometidos a cirugías. Existe un porcentaje pequeño el cual representa el 11,76% que recibió tratamiento psicológico o psiquiátrico. De estos resultados se puede inferir que no existe una relación significativa de la característica epidemiológica o clínica con el nivel de depresión del paciente oncológico. Llegando a la conclusión: El nivel de depresión en pacientes con cáncer es de un alto nivel, y los casos presentan perfiles clínicos como epidemiológicos que son característicos aunque no se encuentran vinculados a los niveles de depresión, excepto de su trabajo ¹¹.

Jurado E. En el año 2013 realizó una investigación de tipo no experimental, cuantitativo, descriptivo y de corte transversal cuyo objetivo fue identificar **LA FRECUENCIA DE CANCER GASTRICO Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA DE ICA**. Resultado: el 35% (14) tienen de 30 a 41 años; el 55% (22) eran de sexo femenino; el 67.5% (27) son de la costa; el 47.5%(19) tienen estudios secundarios. En relación al número de casos de cáncer gástrico, tenemos que en el mes de Junio el 6%(2) eran de 61 años a más; en Agosto el 8%(3) tuvo de 61 a más años; en Octubre el 8%(3) tenían de 61 a más años; en Noviembre el 19%(7) tenían de 61 años a más; en Diciembre el 31%(11) tenían de 61 a más años. En relación a los casos de cáncer gástrico con respecto al sexo, tenemos que en Junio hubo la misma cantidad de casos con un 6%(2); en Agosto el 8%(3) fue de sexo femenino; en Septiembre el 6%(2) es de sexo masculino; en Octubre el 6%(2) es de sexo masculino; en Noviembre el 19%(7) fue de sexo femenino; en Diciembre el 27%(10) es de sexo masculino. Con respecto a los factores no modificables se encontró que el 35%(14) tenían entre 30 a 41 años, el 30%(12) tenían entre 42 y 53 años y el 20%(8) tenían 66 a más años; el 48%(19) eran de raza blanca y el

37% (15) eran de raza mestiza; el 40%(16) tenían grupo sanguíneo de tipo O, el 30%(12) tenían grupo sanguíneo de tipo A; el 67% no presentaron antecedente familiares de cáncer gástrico. Conclusiones: La frecuencia de cáncer gástrico es baja por lo que no se puede señalar que los factores de riesgo modificables están presentes y los factores no modificables están ausentes ¹².

Se han realizado una serie de investigaciones tanto a nivel internacional, nacional y local que se han enfocado en el estudio de los factores predisponentes de cáncer gástrico, de acuerdo a estos estudios se ha evidenciado el alto índice de personas que vienen padeciendo de esta enfermedad, es por ello que surge la necesidad de realizar este tipo de estudios pues es muy importante conocer los factores predisponentes; por otro lado se observan investigaciones del nivel de depresión, en donde se evidencia que de acuerdo a la edad, sexo, edad, idioma y ocupación tienden a ser un factor que influye en el nivel de depresión, asimismo los pacientes que son diagnosticados con cáncer tienden hacer elevadas.

II.b. BASE TEÓRICA

FACTORES PREDISPONENTES DE CÁNCER GÁSTRICO

Anatomía del estómago

Resulta ser una dilatación que resulta ser característico del tubo digestivo teniendo una forma de una “J” la cual se encuentra ubicada de manera directa debajo de lo que resulta ser el diafragma, ubicándose entre el esófago y el duodeno; siendo este último la primera porción del intestino delgado. Considerado como un órgano que tiende a variar de forma y esto se debe a la cantidad de alimentos que pueden presentarse en la cavidad gástrica. Consta de varias partes que son: “cardias, el cual se encuentra rodeando la abertura superior del estómago. Se denomina fondo a la porción redondeada que se encuentra ubicada en la parte superior y al lado izquierdo del cardias. Dentro del plano inferior se ubica la parte central del estómago, denominado cuerpo. El píloro es la parte que enlaza

al estómago con el duodeno, incluyendo dos estructuras: el antro pilórico, la cual se encuentra conectada con el cuerpo del estómago, y el conducto pilórico, que se conecta con el duodeno. El límite que tiene el esófago con el estómago es denominado cardias, mientras que el límite entre el estómago y el duodeno es considerado píloro. Un individuo en edad adulta el estómago tiende a medir 25 cm cardias al píloro y el diámetro transversal es de 12 cm ¹³.

Cáncer gástrico

Para comprender el cáncer gástrico se hace necesario comprender el significado del término cáncer, que según Martínez² el término cáncer gástrico se refiere al desarrollo descontrolado de la célula del estómago, que se puede originar en cada una de sus capas: mucosa, muscular y serosa. Sus variedades histopatológicas incluyen al adenocarcinoma, que se originan en la glándula y tiende a ser el más frecuente; el cáncer gástrico en un 95% resulta ser de adenocarcinomas, mientras que el linfoma, el sarcoma y el melanoma son poco frecuentes. Salvo en Japón, el carcinoma de estómago tiende a encontrarse en una fase progresiva cuando se realiza el diagnóstico al paciente se encuentra en una fase evolutiva avanzada al momento del diagnóstico, con infiltración más allá de la submucosa e invasión de la pared gástrica.

En este sentido, en relación al cáncer gástrico se pueden presentar diversas definiciones, como la de Rahman et. al. ¹⁴ quien señala que el cáncer gástrico es una enfermedad heterogénea de origen multifactorial. Constituye el cuarto cáncer más común, y la segunda causa de muerte por cáncer en ambos sexos en todo el mundo, por lo que aunque las tasas de incidencia y mortalidad estén disminuyendo lentamente, sigue constituyendo un problema significativo de salud pública.

Así mismo la European Society for Medical Oncology (ESMO) ¹⁵ indica que el cáncer gástrico es un tipo de cáncer que se forma en los tejidos que revisten el estómago. La mayoría comienza en las células de la capa interna del estómago (la mucosa), que suele elaborar y secretar moco y

otros líquidos. Estos tipos de cáncer se llaman adenocarcinomas y representan el 90 % de los casos de cáncer de estómago.

Por su parte el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud¹⁶ señala que el cáncer de estómago o cáncer gástrico es un tipo de crecimiento tisular maligno producido por la proliferación contigua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos, en particular el esófago y el intestino delgado. En las formas metastásicas, las células tumorales pueden infiltrar los vasos linfáticos de los tejidos, diseminarse a los ganglios linfáticos y, sobrepasando esta barrera, penetrar en la circulación sanguínea para diseminarse a cualquier órgano del cuerpo.

Sintomatología del cáncer gástrico

Según Sarela et al.¹⁷ señala que la sintomatología de los casos de cáncer gástrico en etapa temprana y tardía difiere significativamente. En etapa temprana hasta un 80 % estarán asintomáticos, en tanto que en los casos avanzados los dos signos más importantes son pérdida de peso y dolor abdominal

Cáncer gástrico temprano: se caracteriza por ser asintomático o silencioso, o puede producir síntomas de úlcera péptica, Náuseas o vómitos, Anorexia, Saciedad temprana, Dolor abdominal, Hemorragia digestiva, Pérdida de peso, Disfagia.

Cáncer gástrico avanzado: tiene como principales síntomas la pérdida de peso, dolor abdominal, náuseas o vómitos, anorexia, disfagia, hemorragia digestiva, saciedad temprana, síntomas de úlcera péptica, Hematemesis, Masa o plenitud abdominal, Asintomático o silente.

Clasificación del cáncer gástrico

Según Díaz¹⁸ respecto al cáncer gástrico existen 5 tipos que además presentan subdivisiones como el adenocarcinoma, y otras entidades raras.

a) Adenocarcinoma papilar: Es un tumor exofítico que está bien diferenciado con un proceso papilar/digital alargado y recubierto de una célula cilíndrica o cuboidea unida a una matriz de tejido conectivo fibrovascular. La célula tiende a conservar su polaridad. Algunos de ellos pueden manifestar una diferenciación tubular o, más peculiarmente, una edificación micropilar. Característicamente los bordes tumorales suelen estar bien se encuentran limitados de la estructura adyacente, este tumor puede encontrarse infiltrado de forma aguda o crónica por una célula inflamatoria.

b) Adenocarcinoma tubular: Presenta una serie de túbulos que se encuentran dilatados de forma sobresaliente que cambian tanto en su diámetro, logrando presentar una estructura acinare. La célula tumoral puede ser columnar, cuboide o aplanada por mucina intraluminal. Puede detectarse una célula clara. Entre la variante de este modelo histológico se ubican los carcinomas sólidos, resulta ser una variación que es poco diferenciada. El tumor con prominente estroma linfoide es a veces llamada carcinoma con estromas linfoides, carcinomas medulares o carcinomas de tipo linfoepiteliomas.

c) Adenocarcinoma mucinoso: Está conformada por una célula epitelial maligna y lagos de mucina extracelular. Conceptualmente este tumor está conformado por más del 50% por mucina extracelular. Esta contiene una célula en anillo de sello de forma aislada

d) Carcinoma pobremente cohesivo: Conformada por una célula neoplásica aislada o conformada por un pequeño agregado. La cual engloba:

1. Carcinoma con células en anillo de sello; conceptualizado como tumores formados predominantemente o exclusivamente por una célula en anillo de sello, caracterizada por núcleos excéntricos movilizadas por el citoplasma globoide la cual es ópticamente clara la cual está compuesto por mucina. Esta célula puede constituir una glándula que tiene una forma de cordón o continuar con un patrón microtrabecular en la mucosa, escoltándose de una importante desmoplasia en la pared más profunda

del estómago. En algún caso la célula en anillo de sello puede estar presente sólo en la mucosa, en mezcla de otro tipo de célula con poco nivel de cohesión en un nivel profundo de las paredes gástricas.

2. Otra variante del carcinoma pobremente cohesivo; contiene un tumor compuesto por una célula neoplásica que se asemeja a histiocitos o linfocitos, célula de citoplasma con gran intensidad eosinofílica y célula con un núcleo irregular y bizarro. Ciertos tumores presentan una combinación de los diferentes tipos celulares, inclusive algunas células de anillo en sello.

e) Carcinoma mixto: Este tumor está constituido por componentes glandulares (tubular/papilar) y un elemento pobremente cohesivo con células en anillo de sello. La importancia de la magnitud de cada elemento en el diagnóstico del paciente no está determinada, sin embargo los primeros datos consideran que la presencia de cualquier elemento del carcinoma pobremente cohesivo se vincula a un pronóstico desfavorable. Los carcinomas mixtos son clonales y la divergencia fenotípica se ha atribuido a la mutación somática en el gen de E-cadherina (CDH1), restringido al componente de células en anillo de sello/pobremente cohesivo.

Factores que desarrollan cáncer gástrico

Según Martínez ² la causa exacta del cáncer gástrico no se conoce, aunque existe un conocimiento sobre ciertos componentes de riesgo que contribuyen a su aparición. El factor de riesgo es el agente o condición que predispone o incrementa la probabilidad de tener algún tipo de enfermedad. El factor de riesgo que desencadena un cáncer gástrico es variado y no tienden a excluirse entre sí:

Factores genéticos: que comprende el conjunto de problemas o factores que existen en los componentes genéticos de la persona, en los cuales se produce una mutación sin que intervenga una fuerza externa.

Factores nutricionales: un riesgo aumentado de cáncer de estómago se ha visto en personas que llevan una alimentación que contiene grandes

cantidades de alimentos ahumados, pescado y carne salada y vegetales conservados en vinagre. Los nitritos y nitratos son sustancias que se encuentran comúnmente en las carnes curadas. Ciertas bacterias, como la *Helicobacter pylori*, pueden convertir a los nitritos y nitratos en compuestos que han demostrado que causan cáncer de estómago en animales. Por otra parte, consumir muchas frutas, verduras y vegetales frescos parece reducir el riesgo de cáncer de estómago.

Factores ambientales: mala preparación de los alimentos, falta de refrigeración y aguas en mal estado (porque pueden tener altas concentraciones de nitratos o *Helicobacter pylori*).

Enfermedades o condiciones predisponentes: existe una serie de condiciones y enfermedades, benignas o premalignas, que aumentan el riesgo de padecer cáncer gástrico. Las más destacadas son el linfoma gástrico, una cirugía gástrica previa, la gastritis crónica atrófica, la anemia perniciosa, pólipos gástricos, infección por *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*), el sobrepeso o la obesidad, la enfermedad de Menetrier (gastropatía hipertrófica).

La vida con el cáncer

El cáncer es común, la mitad de todos los hombres y un tercio de las mujeres tendrán un diagnóstico de cáncer en su vida. Muchas personas con cáncer sobreviven. Millones de personas vivas hoy en día tienen historial de cáncer. Para la mayoría de las personas con cáncer, vivir con la enfermedad es el desafío más grande que jamás han enfrentado. Puede cambiar sus rutinas, roles y relaciones. Puede causar problemas de dinero y de trabajo. El tratamiento puede cambiar la forma en que se siente o su apariencia. Aprender más sobre las maneras en que puede ayudarse puede aliviar algunas de sus preocupaciones. El apoyo de los demás es importante ².

Algunos pacientes que viven con cáncer tienen un grado bajo de sufrimiento y otros tienen grados alto de sufrimiento. El grado de sufrimiento varía desde la capacidad de adaptarse a vivir con un cáncer

hasta padecer de un problema grave de salud mental como una depresión grave ².

Los pacientes que se adaptan bien habitualmente participan mucho en hacer frente al cáncer. Ellos también continúan buscando el significado y lo que es importante en sus vidas. Los pacientes que no se adaptan bien se pueden distanciar de relaciones o situaciones, y se sienten sin esperanza. Se están realizando estudios para determinar el modo en que los diferentes tipos de métodos para hacer frente a situaciones difíciles afectan la calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer. Todos los sobrevivientes de cáncer deben someterse a seguimiento. Saber qué esperar después del tratamiento del cáncer puede ayudarle a usted y a su familia a hacer planes, cambios de estilo de vida y tomar las decisiones importantes.

Dimensiones de los factores de cáncer gástrico

La OMS ¹⁷ señala que un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

En este sentido, se proponen como dimensiones de los factores de cáncer gástrico los factores modificables y no modificables.

a) Factores modificables: son aquellos factores cuyo nivel de riesgo está directamente ligado al comportamiento del individuo, entre las que se pueden mencionar:

1. Hábitos alimentarios: Nelson et. al.²⁰ en la dieta parece encontrarse el principal factor que logra causar un cáncer de estómago y éstos pueden ser:

Nitritos y derivados: en una serie de estudios se han evidenciado la vinculación del nitrato y su compuesto derivado con el cáncer de estómago. Las acciones mutagénicas se ejercería por medio de la metamorfosis del nitrato en nitrito y de este en nitrosaminas que es un potente carcinógeno.

El nitrato se encuentra en una pequeña proporción en el embutido, pescado ahumado, hongos, tocino, etc. La formación de nitrosaminas puede ser prevenida por la vitamina C, así como por el ácido ascórbico.

Alimentos de alto contenido de sal, ahumados y carnes rojas; el alto contenido de sal, destruye la barrera de la mucosa del estómago y da lugar a una inflamación y produce daño ya sea deterioro y degeneración, el cambio proliferativo inducido puede incrementar el efecto carcinógeno derivado del alimento. Previamente antes de introducir en a la refrigeradora el alimento es preservado en salazón o en salmuera. Este alimento contiene a menudo gran cantidad de nitrito y nitrato que puede convertirse en nitrosaminas dentro del estómago. En los países donde este tipo de conservación de alimentos es aún frecuente la incidencia de cáncer de estómago es elevada. La dieta muy rica en carne roja, de manera Las dietas muy ricas en carnes rojas, de modo especial cuando es preparada en barbacoa o “bien hecha”, se relaciona con el cáncer gástrico.

Frutas y vegetales: el consumo de una gran cantidad de frutas y vegetales está asociado con la reducción de riesgo de cáncer gástrico. Un gran número de sustancias anticancerígenos y antioxidantes se encuentran en estos alimentos incluyendo carotenos y Vitamina C, los cuales protegen contra metabolitos oxígeno-reactivos, aumenta la reacción inmune e inhibe la formación de componente N-nitroso.

2. Hábito de fumar: en un análisis realizado a fumadores, ex fumadores y no fumadores, los fumadores tienen un elevado riesgo de padecer cáncer. Los fumadores presentan en sus niveles plasmáticos una cantidad considerablemente baja de radicales libres y el humo de los cigarrillos contiene nitrosaminas cancerígenas las cuales están implicadas en la carcinogénesis de carcinoma gástrico ²¹.

b) Factores no modificables: según INEN ²² son todos aquellos factores en las que el nivel de riesgo no depende del comportamiento de la persona. Entre las que se pueden mencionar:

1. Edad y sexo: en los hombres es más frecuente la incidencia de cáncer de estómago en relación a la incidencia en las mujeres, principalmente a partir de los 50 años que es donde el porcentaje de incidencia incrementa de forma significativa. El mayor porcentaje de personas a las que se les diagnostica el cáncer de estómago se encuentran entre los 60 a 80 años.

2. Alteraciones genéticas: una investigación desarrollada en Europa, se indica que una interacción entre las bacterias y determinados genotipos de la persona agrega una mayor predisposición para la generación de células cancerígenas en el estómago. Las personas con un alto riesgo de sufrir polimorfismos (IL1B-511/IL-1RN*2) así como el desarrollo de bacterias virulentas (Cag-A+ / Vac A1) son más propensas de generar alteraciones en los tejidos estomacales, principalmente en la mucosa gástrica.

Además diversos estudios señalan que la existencia de polimorfismos genéticos condiciona significativamente la aparición de citoquinas, el desarrollo de una inflamación de los tejidos gástricos, así como la aparición y desarrollo de lesiones que incrementan la predisposición a desarrollar tejidos cancerígenos en pacientes infectados por H pylori. Además, este riesgo es mucho mayor si hay una presencia considerable de cepas virulentas tales como los genes CagA y VacA.

3. Origen: el lugar de origen condiciona significativamente la posibilidad de desarrollar cáncer de estómago en determinadas personas, siendo las más afectadas los de origen hispano, africano o asiáticos en relación con las personas de otra procedencia.

4. Sangre tipo "A": cuando se habla de un tipo de sangre, se habla de las propiedades, características, sustancias y elementos que tienen las células que componen la sangre, estando presentes en la superficie de los glóbulos rojos. Reconocer estas características y elementos ha permitido salvar muchas vidas, a través de tratamientos médicos pertinentes, así como la realización de transfusiones de sangre. Así mismo, diversos estudios mencionan que las personas que poseen sangre de tipo A son más propensas a desarrollar cáncer de estómago.

5. Anemia perniciosa: un determinado grupo de células que recubren el estómago generalmente elaboran sustancias que permitan absorber la vitamina B12 que contienen los alimentos. Cuando no se genera la cantidad necesaria de dicha sustancia se presenta en el organismo una carencia de vitamina B12 que repercute negativamente en la generación de glóbulos rojos dando lugar a diversos niveles de anemia. Así mismo, diversos estudios han señalado que la anemia es un factor que contribuye al desarrollo de cáncer de estómago ²³.

NIVEL DE DEPRESIÓN

Definición de depresión

Según Llaza ²⁴ señala esta palabra deriva del latín “deprimere” lo cual significa hundimiento y abatimiento. Es decir lo que tiende a hundirse en la depresión constituye el plano vital de la persona.

Así mismo la OMS²⁵ indica que el nivel de depresión es un tipo de trastorno cognitivo que se produce con relativa frecuencia y que produce en la persona que lo padece, por un lado, elevados sentimientos de tristeza, inseguridad, culpa, lo cual afecta su autoestima y se produce un desinterés por velar por su protección y su superación y por otro lado, afecta su condición física, generando cansancio, trastornos de sueño, problemas para concentrarse, etc.

También Díaz ¹⁸ señala que la depresión es un trastorno mental, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, además de trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Por su parte Flores ¹¹ señala que la depresión es una condición psiquiátrica que se da con mayor prevalencia en las personas que están padeciendo de cáncer. La depresión en este tipo de enfermedad involucra a la dimensión tanto del sufrimiento psíquico como del malestar psicológico. La mayor depresión y sus síntomas, son identificadas en su gran mayoría por el personal médico, siendo frecuentemente subdiagnosticadas y subtratadas en los pacientes con este tipo de enfermedad, por ser una reacción propia de esta enfermedad, en el que el diagnóstico de la depresión mayor esta subyugado a síntomas neurovegetativos que puede ser secundaria cáncer o depresión.

Cuando una persona sufre de depresión, no siempre expresa una actitud de tristeza, sino que esta depresión se hace evidente en la actitud de desinterés que muestra la persona, desinterés hacia su desarrollo, hacia

su cuidado, etc., sumado a un completo disgusto e inconformidad con lo que logra, mostrándose poco motivado por alcanzar sus metas, sus objetivos, etc.²⁶

Síntomas de la depresión

Según Cervera²⁷ considera las siguientes:

Tristeza patológica: Esta tiende a diferir de la tristeza porque obstaculiza de manera negativa en los aspectos sociales, familiares y personales en el día a día. Apareciendo sin motivo o como resultado de un suceso significativo. Siendo una sensación muy profunda, en la cual el individuo siente como que pierde el sentido de la vida. En la cual no es capaz de proporcionar algún tipo de amor o cariño, lo cual incrementa un sentimiento de culpabilidad.

Desgano y anhedonia: La persona tiende a aislarse, en la que no tiene ningún deseo de realizar algo por lo que no existe ningún tipo de placer. El libido muchas veces disminuye totalmente, así como las ganas de seguir trabajando, por otro lado las actividades que realizaba como parte de su esparcimiento.

Ansiedad: Esta condición se da de manera habitual en todo individuo que sufre de depresión, experimentando una desazón, como algo de forma constante.

Insomnio: A los pacientes les cuesta dormir asimismo tienden a despertarse a tempranas horas del día e irritables. Un pequeño porcentaje puede padecer la hipersomnia.

Alteraciones somáticas: lo cual esta está vinculada a un dolor crónico, en donde se experimenta sensaciones de agotamiento o desfallecimiento.

Alteraciones del comportamiento: Los pacientes tienden a sentir que viven enclaustrados, examinando sus pensamientos. En la que estar detenido, o sin hacer nada o estallar con reacciones violentas con algunas crisis de ansiedad o ataques de llanto por cualquier motivo, las personas que están padeciendo esta tipo de alteraciones no logran tomar algún tipo de decisión por lo que tienden a bajar su rendimiento laboral.

Modificaciones del apetito y del peso: Un gran número de pacientes tienden a disminuir su nivel de apetito por lo que bajan de peso totalmente.

Culpa excesiva: Existe una gran sensación de culpabilidad, desencadenando delirios que en momentos puede constituir su ruina.

Pensamiento suicida: El paciente presente gran preocupación por la muerte por lo que existe un crecimiento destructivo hacia el mismo.

Disminución de la energía: la cual se caracteriza por un cansancio que se presenta de la nada, acentuándose mayormente en la mañana. La persona afectada por depresión suele sentirse muy cansada más en la mañana que en las tardes.

La triada cognitiva en el desarrollo de la depresión

Según Hernández ²⁸ la depresión se vincula por la presencia de tres modelos cognitivos principales conformando una triada depresiva, en la cual contiene:

Una visión negativa del paciente acerca de sí mismo: Subestima sus destrezas, atribuyendo estas experiencias desagradables a un defecto suyo, abarcando aspectos psicológicos, morales y físicos. De la misma forma, se subestima y carece de factores que son indispensables para que el individuo alegre, feliz y competente.

Una tendencia a interpretar sus experiencias de manera negativa: Manifiesta a la manera negativa en la que interpreta sus vivencias, considera que todo lo que pueda realizar demanda una exigencia desmesurada y que existen una serie de obstáculos que le dificultan la realización de sus metas. Es por ello que antes de iniciar alguna actividad la persona tiende a sentirse derrotado lo cual conlleva a su frustración.

Una visión negativa acerca del futuro: Aquí se observa como desean ejecutar alguna actividad lográndose formar una alta expectativa sin embargo tienden hacer negativos por lo que se anticipan obstáculos, fracasos, angustia y fracasos que pudiesen tener al momento de ejecutar dicho proyecto.

Impacto de la depresión

La OMS, citado en Manchego ⁶ indica que la depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o los estudios ya sea en la escuela, la universidad y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, este puede conducir a la aparición de ideas e intenciones concretas de suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Dimensiones del nivel de depresión

Se mencionan como dimensiones:

a) Síntomas somáticos; teniendo como síntomas ²⁹:

1. Fatiga; se define como la reducción de la capacidad del individuo para realizar actividades físicas en un tiempo determinado, que se puede presentar por el desarrollo de una actividad previa o por la existencia de alguna alteración física.
2. Palpitaciones; son latidos provenientes de la actividad cardíaca, que se producen por el funcionamiento del corazón. Sin embargo, sus niveles pueden variar, llegándose a producir palpitaciones violentas o palpitaciones muy reducidas, que demuestran una anomalía en la actividad cardíaca.
3. Funciones intelectuales cognitivas; son un conjunto de procesos mentales que se producen en el cerebro y que permitan desarrollar diversas tareas a lo largo de su vida.
4. Concentración; dificultad de concentración es una disminución de la capacidad para enfocar sus pensamientos en algo.
5. Conación; se trata de un esfuerzo consciente que actúa sobre los pensamientos y sentimientos.

b) Síntomas psicológicos; teniendo como síntomas ³⁰:

1. Animo deprimido; es un estado de ánimo que se caracteriza por la ausencia de motivación por el desarrollo de actividades, generando una actitud decaída, irritable, con ausencia de interés por el desarrollo de acciones habituales, tales como compartir con amigos, emprender nuevas metas, etc., lo cual pueden derivar en estados de depresión, tristeza crónica, entre otros.
2. Intranquilidad; es un estado de ánimo que se caracteriza por la ausencia de tranquilidad o calma emocional, donde la persona se muestra inquieta, insegura ante una amenaza o ante un posible evento futuro del cual se desconoce el resultado.
3. Irritabilidad; es el estado de ánimo que se caracteriza por presentar reacciones violentas o agresivas de forma inmediata o acelerada frente a un estímulo, que en muchos casos se producen sin fundamento alguno.
4. Tensión; la tensión es una reacción a un estímulo, que puede ser externo o interno. Normalmente se presenta como una respuesta del organismo a situaciones incómodas. En ocasiones, trae como consecuencia cansancio físico y mental.
5. Llanto; es una reacción física originada por causas emocionales, producto principalmente por la vivencia o experiencia de la persona frente a una situación con altos niveles de angustia que no puede controlar, y cuyo impacto emocional en la persona le produce sollozos, lágrimas, etc.
6. Humor; donde el paciente presenta una disminución de la capacidad para ver los aspectos positivos de la vida, reflejándose en una actitud con bajos estados de ánimo, con fuerte disminución de vitalidad en el desarrollo de actividades.

Modelo de autocontrol. Rhem (1981)

Señala que el individuo depresivo carencia de un autocontrol vinculado a factores básicos de auto observación, autoevaluación y auto refuerzo. De esta manera, este autor explica que el individuo que pasa por un proceso de depresión tiende a darle mayor atención a acontecimientos negativos.

Este modelo fue propuesto por Rhem quien considera la importancia del pensamiento que favorece la depresión, y visualiza como aspectos socio ambientales fortalece el mantenimiento del comportamiento. De manera que la depresión giraría en función del nivel de estrés y de la capacidad de autocontrol que presente el individuo para poder combatirlo ³¹.

Modelo conductual. (Hops, Sherman y Biglan)

Este modelo señala que la depresión es una respuesta a la ausencia de reforzamiento, la cual se puede dar en un término de bajo reforzamiento positivo o de tasas bajas de reforzamiento positivo ocasional a las respuestas. El modelo conductual considera que la depresión es un fenómeno operante, por lo cual el comportamiento depresivo está directamente afectada y sostenida por un reforzador tanto positivo como negativo ³¹.

Modelo de indefensión aprendida. Seligman

Este modelo considera que el individuo depresivo, posee expectativas negativas respecto a alguna actividad, proyecto o situación futura, y esto por sus antecedentes de fracaso frente a una situación de tensión.

Señala que el individuo deprimido tiende a esperar solo que ocurran cosas negativas, sobre las que su comportamiento tiene escasa o casi nada de influencia, imputando el acontecimiento negativo a un factor interno, estable y global ³¹.

Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades gástricas.

1. Control de peso
2. Dieta blanda
3. Evitar el consumo de alcohol
4. Limitar la ingesta de alimentos y líquidos ricos en grasa
5. Aumentar la ingesta de vitaminas
6. Limitar la ingesta de sal
7. Mantener la higiene personal sin reseca la piel

8. Ayudar al paciente a evaluar cualquier cambio en la capacidad para participar en actividades laborales y recreativas.
9. Incentivar a tomar las medidas de protección e higiene.
10. Incentivar a adoptar los hábitos saludables.
11. Explicar las razones por la cual se recomienda al paciente guardar reposo y evitar la actividad física en exceso.
12. Lavado de mano.
13. Explicar pruebas diagnosticas
14. Explicar importancia de antecedentes, causas y pronóstico de enfermedad.

Dorothea Orem. “Teoría del Autocuidado”³³

Dorothea Orem (1914-2007) formuló la teoría del autocuidado, que señala que la función de la enfermera va más allá del cuidado del paciente, velando por su seguridad y bienestar, sino que adopta también una función de enseñanza y adiestramiento del paciente para que este pueda seguir cuidado de su persona cuando sea dado de alta y se garantice así su bienestar. Para lograrlo, la enfermera desarrolla un rol de asistencia al paciente, en el cual guía y orienta al paciente durante el desarrollo de sus primeros cuidados a fin de asegurarse que estos sean realizados de forma óptima, generando las condiciones idóneas que hacen que el paciente pueda sentirse motivado a aprender.

En esta función la enfermera puede adoptar dos modos de actuación:

1. El primero se refiere a una intervención completamente compensatoria, que se da cuando los cuidados requieren de su intervención profesional o en los primeros cuidados que desarrolla el paciente.
2. El segundo se refiere a una intervención parcialmente compensatoria, en la cual la enfermera participa en el cuidado del paciente pero le da el papel protagónico por determinados momentos.

Según la autora, al paciente en ser biológico, simbólico y social, capaz de adaptarse a nuevas situaciones que afrontara, pero que es necesario que reciba una guía y orientación.

El paciente debe de adoptar principalmente tres tipos de cuidado:

1. Cuidados universales, que comprenden todos los cuidados que deben tener las personas independientemente de su estado de salud a fin de evitar situaciones que alteren su bienestar físico y mental.
2. Cuidados para el crecimiento y desarrollo humano; son los cuidados que buscan velar por el óptimo desarrollo de la persona, principalmente durante su etapa de niñez, adolescencia y juventud, a fin de garantizar un pleno desarrollo.
3. Cuidados para la atención de la salud; son los cuidados que deben de aprender y adquirir aquellas personas que ya han sido diagnosticadas con algún tipo de enfermedad, o buscan protegerse de una enfermedad específica o algún nivel de complicación.

La teoría del **autocuidado** busca que sean las propias personas las responsables de mantener su salud en los niveles óptimos.

Hildegard E. Peplau “Teoría de las relaciones interpersonales”³²

Esta teoría indica que no basta con establecer una relación formal y profesional entre el enfermero y el paciente, sino que es necesario que se establezca un vínculo emocional que sea significativo y contribuya al bienestar psicológico del paciente. Según Peplau se establecen cuatro fases que desarrollan relaciones interpersonales:

Orientación: comprende el proceso de búsqueda del paciente por una atención principalmente profesional, dada principalmente por las referencias profesionales que presenta, en el cual el enfermero le brinda una atención para valorar su estado de salud.

Identificación: es esta fase, la relación entre el paciente y el enfermero profundiza un poco más, donde el paciente no solo comunica su malestar al enfermero, si también las sensaciones, emociones y sentimientos que este tiene a raíz de su malestar, de modo que el enfermero le brinde la orientación que le permita sobrellevar su enfermedad y continuar con su vida cotidiana.

Explotación: es esta fase se puede observar el interés del paciente por lograr obtener el máximo beneficio de la atención del enfermero, buscando la atención más óptima a fin de que se puedan aliviar los males que lo aquejan.

Resolución: esta fase se caracteriza por un alejamiento del paciente y la enfermera, en donde el paciente sigue las instrucciones del enfermero pero aplica ciertos criterios propios que considera más pertinentes para el tratamiento de su enfermedad.

También Peplau determinó los aspectos cambiantes de la relación enfermera-paciente como son:

1. Objetivos e intereses totalmente distintos. Son extraños para ambos.
2. Juicios individuales sobre el significado del diagnóstico médico, el rol de cada uno en la situación de enfermería.
3. Comprensión en parte mutua y en parte individual de la naturaleza del diagnóstico médico.
4. Comprensión mutua de la naturaleza del problema, los roles de enfermera y paciente y las necesidades de enfermera y paciente en la solución del problema. Objetivos de salud comunes, compartidos.
5. Esfuerzos colaboradores dirigidos a resolver el problema juntos y de forma productiva.

Entre los principales conceptos y definiciones, la teoría de las relaciones interpersonales describe seis roles de la enfermera: extraño, persona recurso, profesor, líder, sustituto y asesor, que se establecen en correspondencia con las fases de la relación enfermera-paciente.

1. Rol del extraño: donde el paciente y el enfermero, al ser personas extrañas unidas por un vínculo profesional, el trato mutuo debe estar vinculado al respeto, a la cortesía y a la responsabilidad, donde el enfermero debe evitar mostrar algún tipo de prejuicio, comentario impertinente, etc.
2. Rol de la persona recurso: en esta fase el enfermero busca cubrir todas las dudas del paciente, realizando una valoración de su estado y

brindándole un tratamiento que le permita aliviar sus males, satisfaciendo sus dudas y permitiéndole a su vez mejorar su calidad de vida.

3. Rol docente: se origina del conocimiento del paciente y del desarrollo de la capacidad de utilizar la información.

4. Rol de liderazgo: basada en los principios y prácticas democráticas, donde el enfermero realiza diversas recomendaciones sobre el cuidado que debe seguir el paciente pero sin imponer alguna, logrando llegar a un acuerdo mutuo que satisfaga a ambas partes.

5. Rol de sustituto: en esta fase el paciente considera al enfermero como unos recursos sustitutos al que puede cambiar en relación al nivel de satisfacción que este le brinde con su servicio, principalmente por la comparación que hace entre la atención y los servicios ofrecidos por los diversos enfermeros.

6. Rol de asesoramiento: esta fase se aplica principalmente a una función de solución de dudas e inquietudes sobre el tratamiento o sobre la mejor forma de desarrollar una actividad de autocuidado de modo que el paciente comprenda óptimamente su situación y los efectos que puedan ocurrir.

La teoría de las relaciones interpersonales parte de dos postulados fundamentales.

1. El nivel de aprendizaje adquirido el paciente sobre su enfermedad y su tratamiento depende de sus capacidades y predisposición, es decir, no están vinculados de una forma significativa por las capacidades de la enfermera.

2. Uno de los objetivos fundamentales de la actividad de la enfermera es lograr que el paciente asuma con madurez su enfermedad y tratamiento, donde la enfermera cumple un rol de guía durante este proceso de maduración, de modo que el paciente es capaz de gestionar y solucionar los problemas de su nueva vida afrontando una enfermedad.

II.c.1. Hipótesis global

Los factores predisponentes para el cáncer gástrico están presentes y el nivel de depresión es alto en pacientes del consultorio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, Julio -. 2017.

II.c.2. Hipótesis derivadas

H.D.1 Los factores predisponentes para el cáncer gástrico según factores modificables y no modificables están presentes.

H.D.2 El nivel de depresión según síntomas somáticos y psicológicos es alto.

II.d. VARIABLES

VARIABLE 1

Factores de predisponentes de cáncer gástrico

VARIABLE 2

Nivel de depresión

II.e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Factor predisponentes: Es un conjunto de características que al ser observadas y detectadas en una persona contribuyen a determinar si dicha persona está predispuesta a sufrir algún tipo de enfermedad.

Nivel de depresión: Un conjunto de síntomas que se vinculan que derivan que se relacionan o vinculan al ámbito afectivo de la persona pero se evidencia en aspectos negativos, derivándose en un síndrome en el que se puede observar una actitud decaída, elevados niveles de irritabilidad, tristeza patológica, mal humor, etc, que afecta el desenvolvimiento de la persona en el ámbito laboral, familiar, social, etc.

Cáncer gástrico: Es un crecimiento desmedido de tejido fisurar maligno que se produce principalmente por la rápida propagación de células cancerígenas que invaden la piel, los órganos, llegando a dañarlos o a dificultar su funcionamiento.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III.a. TIPO DE ESTUDIO

Su alcance es descriptivo, donde los datos recolectados de las variables han sido producto de la observación, buscando detectar las características y propiedades principales que permitan comprenderla; el diseño es no experimental, porque no se realiza ningún tipo de intervención al momento de realizar la investigación; según el intervalo de ocurrencia de los hechos es transversal, ya que los datos recolectados corresponden a un corte de tiempo específico de la realidad donde se desarrolla; fue de enfoque cuantitativo, porque se buscó recolectar información cuantificable y medible, que pueda ser representado en gráficos y tablas.

III.b. ÁREA DE ESTUDIO

La tesis se realizó en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza perteneciente a ESSALUD ubicado en la Av. José Matías Manzanilla 652 del distrito de Ica a 8 cuadras de la Plaza de Armas de Ica. En el consultorio de gastroenterología donde se atienden pacientes con enfermedades del aparato digestivo.

III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población estuvo conformada por 70 pacientes atendidos en consultorio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 50 pacientes, será seleccionado de manera no probabilística y por conveniencia en cuenta los criterios de conclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que se atienden en consultorio de gastroenterología
- Pacientes con enfermedades gástricas que deseen participar.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no padezcan de cáncer gástrico.
- Pacientes que no desean participar.

III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos fueron el cuestionario y el Test de Zung.

Para ello cada instrumento fue sometido en primer lugar a un control para ver la calidad, por medio de juicio de expertos, para luego demostrar su confiabilidad a través del Kuder Richardson.

Para la primera variable factores predisponentes de cáncer gástrico se utilizó como instrumentos el cuestionario, este instrumento se aplicó en el servicio de gastroenterología durante el mes de septiembre y consta de 13 ítems.

Para la segunda variable nivel de depresión se utilizó el instrumento Test de Zung que ya está validado internacionalmente pero se hizo una modificación antes de aplicarlo en la muestra de estudio, fue sometido a prueba de validez y confiabilidad.

III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos del trabajo de investigación se realizó el trámite administrativo, antes de la aplicación del cuestionario se contó con la autorización del Director del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, luego del planteamiento de objetivos y de los beneficios que se obtendrán con esta investigación se aplicó los instrumentos. Respetándose cada principio ético en donde se consideró la reserva, confidencialidad, la beneficencia y la predisposición para responder las preguntas por parte de los sujetos muestrales.

Cada dato fue registrado de manera anónima, todo el procesamiento se ejecutó en el mes de septiembre del 2017.

III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recolectados los datos obtenidos se hizo el procesamiento de datos en el programa de Excel, a fin de organizar la información, del cual se obtuvo el puntaje obtenido por cada encuestado.

Para el análisis de los datos obtenido se tuvo en cuenta los objetivos de la investigación, la ejecución del plan de análisis se desarrolló utilizando la estadística descriptiva por medio de porcentajes, así la distribución de frecuencia observada se analizó detalladamente el valor más alto y bajo, para realizar el análisis porcentual.

Una vez tabulados los datos se vaciaron manualmente en la tabla matriz a fin de presentar los resultados en gráficos y tablas estadísticas. El procesamiento se realizó en forma manual. Manualmente se ordenó y codifico los ítems de acuerdo a su valor predictivo, se realizó el paloteo y la cuantificación respectiva. Se realizó la elaboración del libro o tablas de códigos y la tabla matriz.

Para el variable factor predisponente de cáncer gástrico se hizo uso del siguiente puntaje:

Factor predisponente presente 2 puntos

Factor predisponente ausente 1 punto

Para la variable nivel de depresión se aplicó la siguiente escala:

Dimensión síntomas somáticos

Alto : Mayor de 12 puntos

Medio : De 6 a 12 puntos

Bajo : Menor de 6 puntos

Dimensión síntomas psicológicos

Alto : Mayor de 22 puntos

Medio : De 12 a 22 puntos

Bajo : Menor de 12 puntos

Nivel de depresión

Alto : Mayor de 39 puntos

Medio : De 26 a 39 puntos

Bajo : Menor de 26 puntos

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

IV.a. RESULTADOS

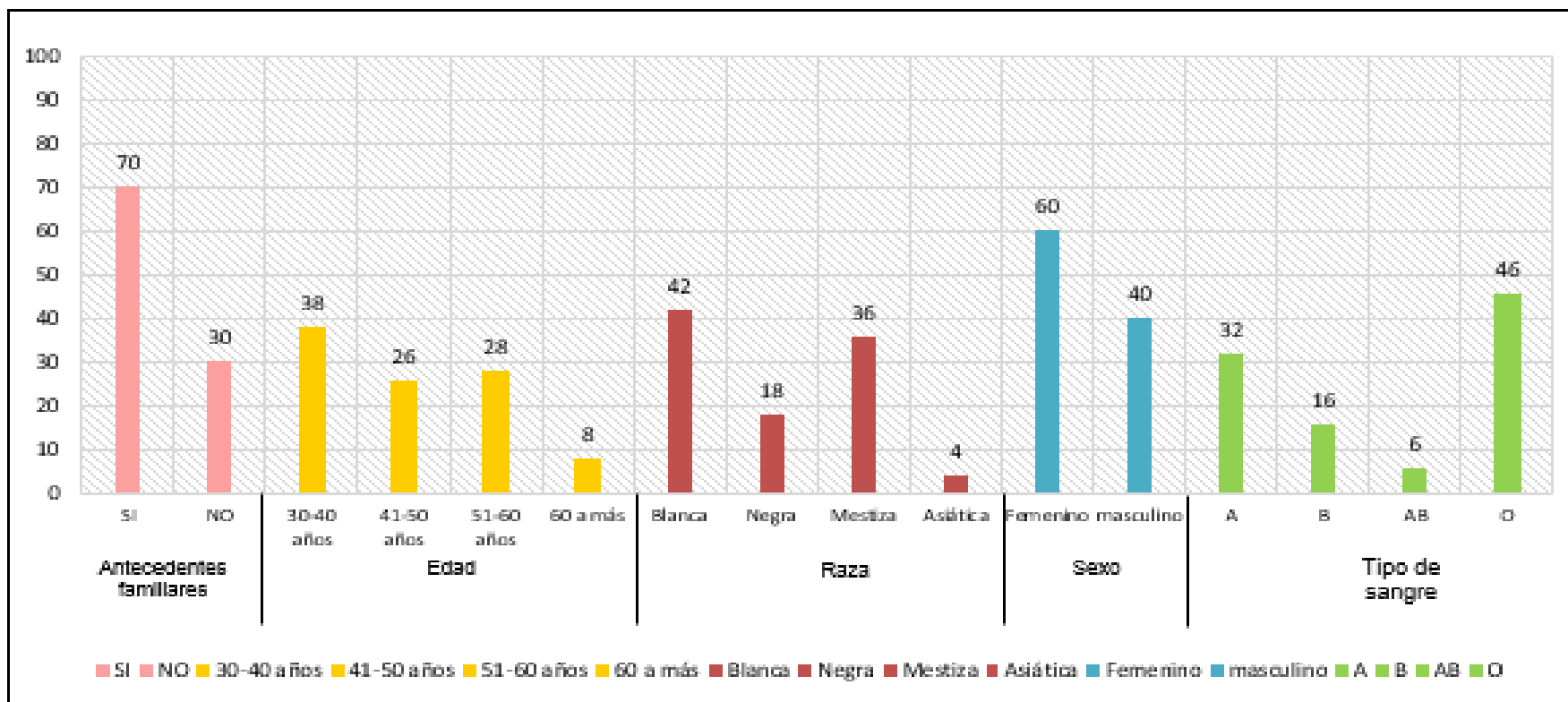
TABLA 1

**DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES DEL CONSULTORIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ICA, JULIO-2017**

		Frecuencia	Porcentaje
Grado de estudio	Primaria	11	22
	Secundaria	25	50
	Profesional técnico	6	12
	Profesional universitario	8	16
	Total	50	100

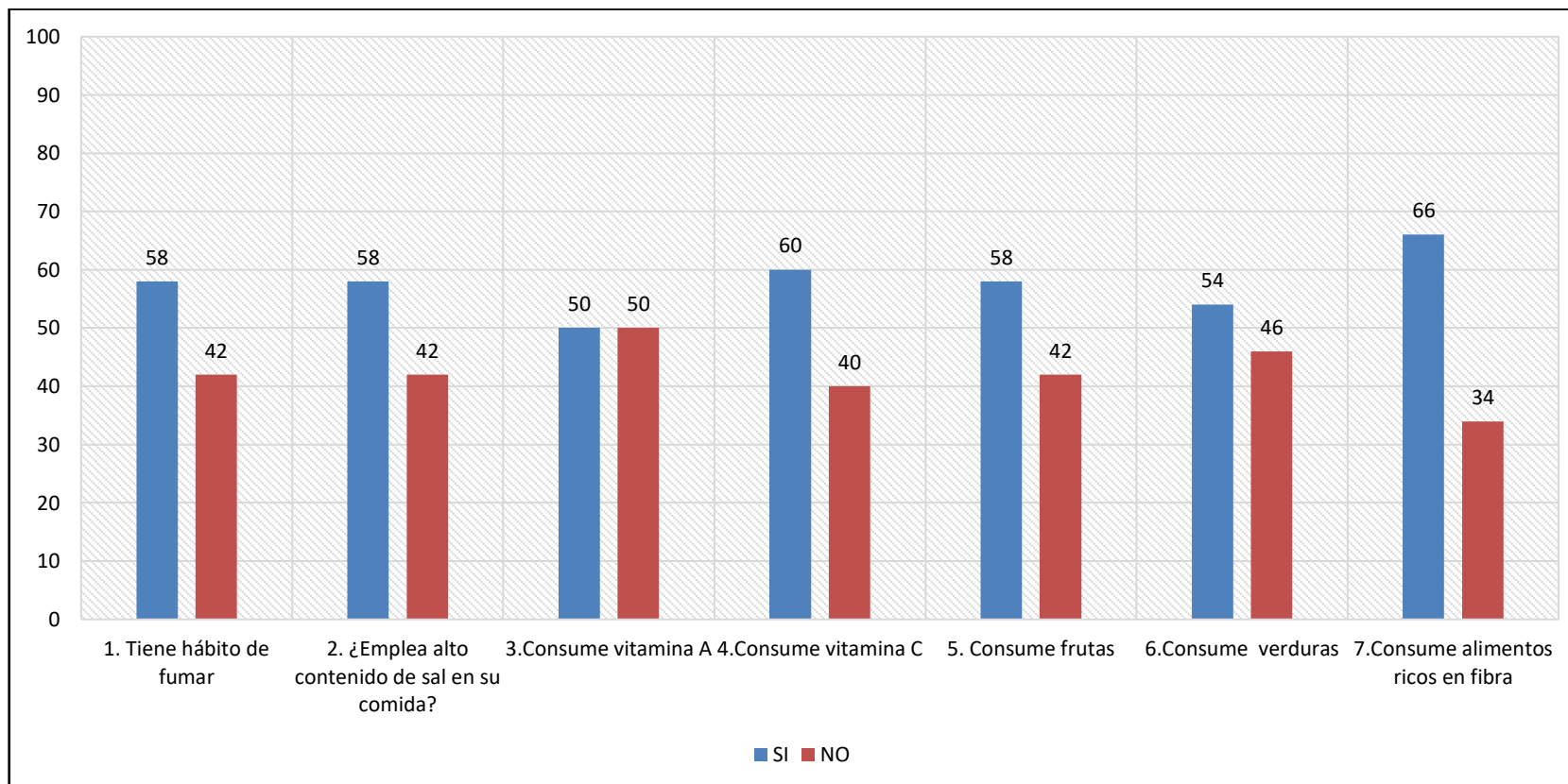
Descripción: Respecto a los datos generales se observa que los pacientes del consultorio de gastroenterología señalaron lo siguiente: 22% (11) presentan grado de estudios primaria, 50% (25) presentan grado de estudios secundaria, 12% (6) presentan grado de estudios de profesional técnico, 16% (8) presentan grado de estudios profesional universitario.

GRÁFICO 1
FACTORES PREDISONENTES DE CÁNCER GÁSTRICO SEGÚN DIMENSIÓN FACTORES NO MODIFICABLES
EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, JULIO-2017.



Descripción: Este grafico muestra resultados de los factores predisponentes de cáncer gástrico según la dimensión factores no modificables en pacientes del consultorio de gastroenterología, cuyos porcentajes mayores son: el 70% (35) presenta antecedentes familiares de cáncer, 38%(19) tienen una edad que se encuentra en el rango de 30 a 40 años, 42% (21) pacientes son de raza blanca, el 60% (30) de sexo femenino y el 46% (23) de pacientes presentan sangre de tipo O.

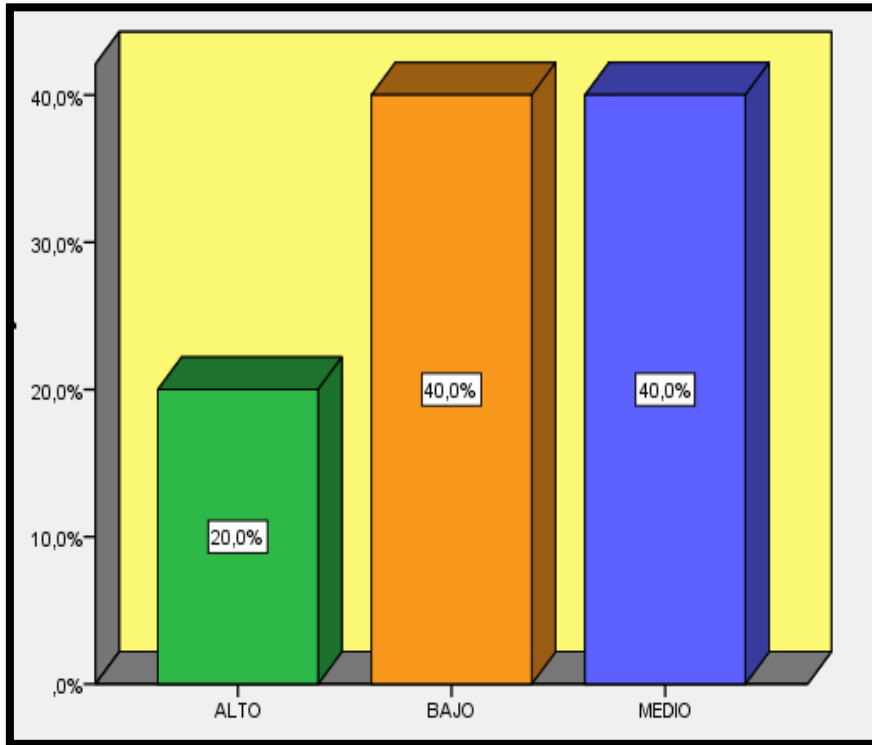
GRÁFICO 2
FACTORES PREDISONENTES DE CÁNCER GÁSTRICO SEGÚN DIMENSIÓN FACTORES MODIFICABLES
EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, JULIO-2017.



Descripción: Este grafico muestra resultados de los factores predisponentes de cáncer gástrico según la dimensión factores modificables en pacientes del consultorio de gastroenterología, donde se observa que el 58%(29) tienen hábitos de fumar y emplea alto contenido de sal en su comida, 50% (25) consumen vitamina A, 60% (30) consume vitamina C, 58% (29) consume frutas, 54% (27) consume verduras, 66% (33) consume alimentos ricos en fibra.

GRÁFICO 3

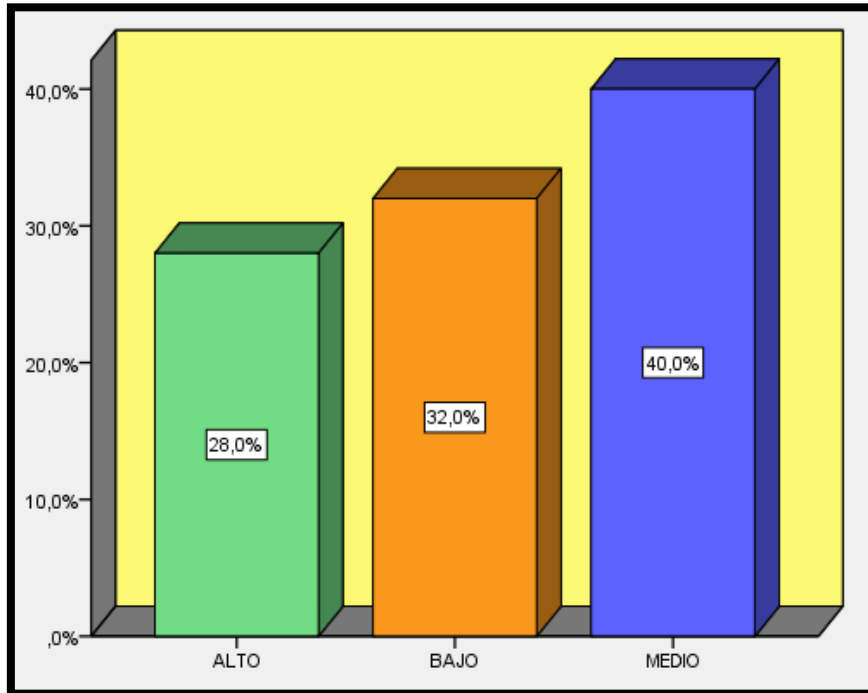
DEPRESIÓN SEGÚN SINTOMAS SOMÁTICOS EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, JULIO-2017.



Respecto al nivel de depresión según los síntomas somáticos, se observa en el gráfico que el 20% (10) de pacientes presentan un nivel alto de estos síntomas, 40%(20) de pacientes presentan un nivel medio, y 40% (20) de pacientes presentan un nivel bajo de síntomas somáticos.

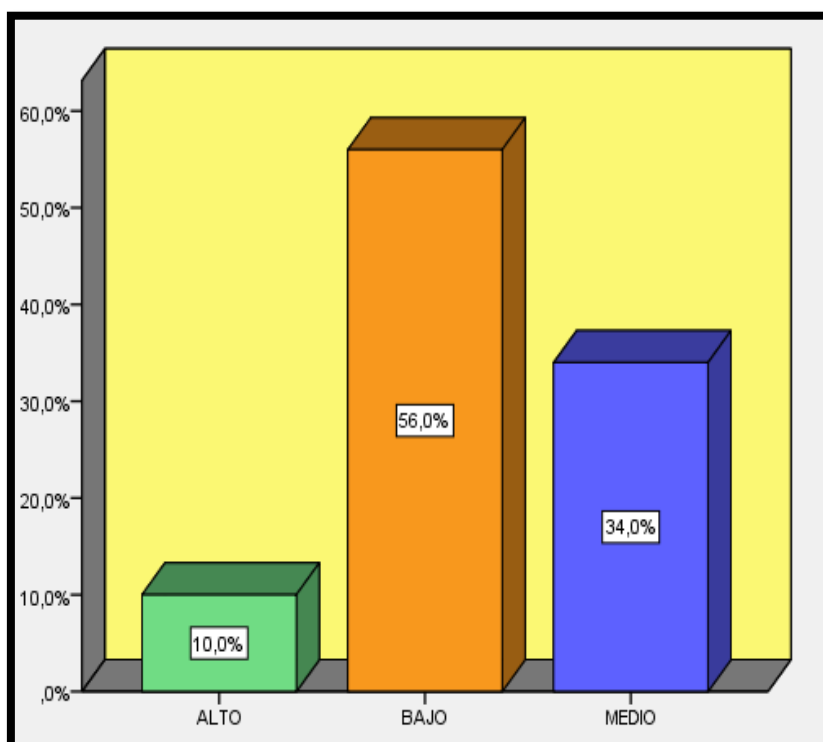
GRÁFICO 4

DEPRESIÓN SEGÚN SINTOMAS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, JULIO-2017.



Respecto al nivel de depresión según los síntomas psicológicos, se observa en el gráfico que 28% (14) de pacientes presentan un nivel alto de estos síntomas, 40%(20) de pacientes presentan un nivel medio, y 32% (16) de pacientes presentan un nivel bajo de síntomas psicológicos.

GRÁFICO 5
NIVEL DE DEPRESIÓN GLOBAL EN PACIENTES DEL
CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA
ICA, JULIO-2017.



Respecto al nivel de depresión, se observa en el gráfico que 10% (5) de pacientes presentan un nivel alto de depresión, 34%(17) de pacientes presentan un nivel medio, y 56% (28) de pacientes presentan un nivel bajo de depresión.

IV.b. Discusión

A continuación, se realiza la discusión de los resultados considerando las hipótesis planteadas, el marco teórico relacionado a las variables de estudio y la evidencia empírica obtenida con los instrumentos de recolección de datos.

Los hallazgos reflejan que los factores predisponentes para el cáncer gástrico están presentes y el nivel de depresión es bajo en pacientes del consultorio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, Julio - 2017.

Tabla 1: En esta tabla se evidencia que el 22% de los pacientes presenta estudios de primaria, el 50% estudios secundarios, el 12% presenta estudios técnicos y el 16% estudios universitarios; estos resultados evidencian que un mayor porcentaje solo presenta estudios secundarios; estos resultados se pueden contrastar con la investigación de Flores, G.¹¹, quien en su trabajo evidencia que el nivel de instrucción de los pacientes con cáncer gástrico es del 27,06% solo presenta estudios primarios, el 37,65% estudios secundarios y el 14,12% estudios del nivel superior.

Gráfico 1: Los factores predisponentes de cáncer gástrico según la dimensión factores no modificables, donde se observa que el 70% (35) presenta antecedentes familiares de cáncer. Por otro lado con respecto al factor edad el 38%(19) tienen entre 30 a 40 años, el factor raza indica que el 42% (21) pacientes son de raza blanca, el factor sexo refleja que el 60% (30) de pacientes son de sexo femenino y el factor tipo de sangre indica que el mayor porcentaje de 46% (23) en pacientes presentan sangre de tipo O. Estos resultados pueden ser comparados con la investigación realizada por Esperanza G, Flórez M, Lozano L, Rubio Y ⁵ en el año 2013, donde se determinó que los factores endógenos que existe una predisposición en aquellas personas que tienen antecedentes familiares con presencia de cáncer siendo de un 36%.

De acuerdo al estudio y a otras investigaciones realizadas se puede inferir que existen una serie de factores que desencadenan el cáncer sin embargo un factor predisponente es el aspecto familiar en donde se ha evidenciado que cuando se ha tenido un familiar con cáncer existe una mayor predisposición a

que esta enfermedad se pueda desarrollar en su persona, asimismo se ha evidenciado que otra factor es el sexo de las personas siendo las mujeres quienes están más predispuestas a sufrir este tipo d enfermedades.

Gráfico 2: Los factores predisponentes de cáncer gástrico según la dimensión factores modificables, presentan los siguientes resultados el 58%(29) de pacientes tienen hábitos de fumar y emplea alto contenido de sal en su comida, 50% (25) de pacientes consumen vitamina A, 60% (30) de pacientes consume vitamina C, 58% (29) de pacientes consume frutas, 54% (27) de pacientes consume verduras, 66% (33) de pacientes consume alimentos ricos en fibra. Estos resultados pueden ser comparados con la investigación realizada por Jurado⁹ quien en el año 2013 determino que la frecuencia de cáncer gástrico es baja y los factores de riesgo modificables están presentes y los factores no modificables están ausentes.

Existen ciertos hábitos de acuerdo a los factores modificables entre ellos se tiene el hábito de fumar, de acuerdo a estudios un gran porcentaje de personas que han desarrollado el cáncer se debe a su predisposición por fumar, existen otros factores pero en menor porcentaje como puede ser la alta ingesta de vitamina C o alimentos ricos en fibras, asimismo se evidencia que son estos factores modificables los que se encuentran presentes, de manera que si una persona ya cuenta con un antecedente familiar con cáncer debe evitar ciertos hábitos que puedan contribuir al desarrollo del cáncer.

Gráfico 3: En el nivel de depresión según los síntomas somáticos, se ha obtenido que el 20% (10) de pacientes presentan un nivel alto de estos síntomas, 40%(20) de pacientes presentan un nivel medio, y 40% (20) de pacientes presentan un nivel bajo de síntomas somáticos. Estos resultados pueden ser comparados con la investigación realizada por Manchego, S. en el año 2013 ⁶, han demostrado que la edad, sexo, idioma y ocupación son factores que se encuentran vinculados a la depresión, por otro lado el nivel de instrucción, el lugar de donde vienen así como su estado civil no desencadenan la depresión en personas que han sido diagnosticadas con cáncer.

Como se sabe cuándo un paciente es diagnosticado con cáncer muchas veces tienen hacer un cuadro de depresión y esta se da en mayor o menor escala dependiendo ciertos factores como es el sexo, idioma y ocupación así como el nivel de instrucción y su estado civil, pues el hecho de estar solo puede generar un mayor nivel de depresión.

Gráfico 4: En el nivel de depresión según los síntomas psicológicos, se ha obtenido que el 28% (14) de pacientes presentan un nivel alto de estos síntomas, 40%(20) de pacientes presentan un nivel medio, y 32% (16) de pacientes presentan un nivel bajo de síntomas psicológicos. Estos resultados pueden ser comparados con la investigación realizada por Gonzales, A., Tenorio, A. y Vintimilla, A. ³ en el año 2015, obtuvo como resultado en los pacientes con cáncer, hospitalizados en el hospital “José Carrasco Arteaga”, un 21,1% presentan ansiedad y 28,8% depresión. La frecuencia de los factores asociados fue: tipo de cáncer más frecuente de mama con el 17%; 45,5% de la población con metástasis.

Esta investigación se ha evidenciado que los pacientes solo tienen un nivel medio de depresión, sin embargo en muchos casos cuando una persona es diagnosticada de cáncer más allá de hacerle frente a la enfermedad, tiende a refugiarse en sí mismos desencadenando en niveles de depresión; muchas veces no es la enfermedad quien termina con la persona sino es la depresión pues cuando a una persona se le dice que ha sido diagnosticada con cáncer se tiende a relacionar con la muerte.

Gráfico 5: En el nivel de depresión, se observa que 10% (5) de pacientes presentan un nivel alto de depresión, 34%(17) de pacientes presentan un nivel medio, y 56% (28) de pacientes presentan un nivel bajo de depresión. Estos resultados pueden ser comparados con la investigación realizada por Flores, G.¹¹ en el año 2017, quien obtuvo como resultado que de los 85 sujetos muestrales se evidencio que el 89,41% presento depresión, se los cuales el 29,41% fue de manera leve, el 41,18 fue moderada y un 18,82% fue de forma severa. De acuerdo al sexo se puede señalar que el 76,47% son mujeres

mientras que el 23,53% varones; respecto a la edad el 50,58% se encuentra alrededor de los 40 a 50 años de edad.

Finalmente se puede observar los niveles de depresión que han presentado aquellos pacientes que han sido diagnosticados con cáncer en un mayor porcentaje se encuentran en un nivel medio, sin embargo en otras investigaciones se observa que existe un mayor índice de pacientes con un alto índice de depresión, siendo las mujeres quienes son más propensas a ello, por lo que estos resultados pueden diferir de otras investigaciones.

En cuanto a la información presentada en el marco teórico respecto al factor predisponentes señala el Instituto Nacional del Cáncer ¹⁴ que es una afección u observación que ayuda a predecir si el cáncer de una persona responderá a un tratamiento específico, además un factor predisponente también puede describir algo que aumenta el riesgo de una persona de presentar una afección o enfermedad. Por otro lado Jackson²⁵ señala que la depresión es un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.A. CONCLUSIONES

Los factores predisponentes para el cáncer gástrico según los factores modificables y no modificables están presentes, **por lo que se acepta la hipótesis para esta variable.**

El nivel de depresión en pacientes del consultorio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, Julio-2017, según dimensión síntomas somáticos es alta, **por lo que se rechaza la hipótesis para esta variable.**

V.B. RECOMENDACIONES

1. La enfermera, como profesional y miembro del equipo de salud debe de sensibilizar y educar a la población mediante realización de campañas, brindando charlas y consejerías sobre una buena alimentación y mejoramiento de estilos de vida, además de realizar un seguimiento a los pacientes que presenten factores de riesgo,
2. A las autoridades del Hospital trabajar con los profesionales del área de psicología de manera que se desarrollen talleres en donde los familiares participen con el propósito de manejar y afrontar ciertas conductas del paciente; por otro lado trabajar con los pacientes de manera que disminuyan su nivel de depresión y asuman su estado de salud, llevando una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serrano A, Candelaria-Hernández M, De la Garza J, Herrera L. Helicobacter pylori y Cáncer Gástrico. Cancerología 4. 2009. 193-204.
2. Martínez, L. Factores clínicos y epidemiológicos del cáncer de estómago en pacientes atendidos en el Centro de Salud del Cantón Quero, Tungurahua. Periodo 2010-2015. [Tesis] Ecuador: UNIANDES, 2016.
3. Gonzales, A., Tenorio, A. y Vintimilla, A. Prevalencia y factores de riesgo de depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer en las áreas de clínica, cirugía y ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca 2014-2015. [Tesis] Ecuador: UC, 2015.
4. Del Carmen J, Yagui M, De Habich M, Análisis de la situación del Cáncer en el Perú. 1^{ra} ed. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2013.
5. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación del Cáncer en el Perú. 2013 (citado el 19 de noviembre del 2016). Disponible en: www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf.
6. Manchego, S. Relación entre las características sociodemográficas en pacientes con el diagnóstico de cáncer y los niveles de depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, 2013. [Tesis] Perú: UCSM, 2013.
7. Diresa: Cáncer gástrico con mayor incidencia en la región Ica. Diario La República (2012). (En línea). (Consultado el 20 de abril del 2018). Recuperado en: <https://larepublica.pe/archivo/667113-diresa-cancer-gastrico-con-mayor-incidencia-en-la-region-ica>
8. Cahua, A. Hábitos alimentarios y acciones en la prevención de cáncer de estómago en pacientes del consultorio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica - Octubre 2015. [Tesis] Perú: UPSJB, 2015.
9. Mazariegos, O. Factores asociados a la resecabilidad del cáncer gástrico. [Tesis] Perú: USCG, 2015.

10. Rondan, F. Factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en pacientes atendidos en el consultorio externo del servicio de gastroenterología del HNHU durante el año 2014. [Tesis] Perú: URP, 2016.
11. Flores, G. Frecuencia de Síntomas Depresivos y factores epidemiológicos y clínicos asociados en pacientes oncológicos del Hospital Goyeneche, en la Ciudad de Arequipa, del año 2017. [Tesis] Perú, UCSM, 2017.
12. Jurado E. Frecuencia de cáncer gástrico y factores de riesgo en pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza De Ica, Diciembre [tesis] Perú: UPSJB; 2015
13. Richard L, Wayne V, Adam W, Gray Anatomía para estudiantes (2 ed). Madrid: S.A. Elsevier España; 2006.
14. Rahman R, Asombang AW, Ibdah JA. Characteristics of gastric cancer in Asia. *World J Gastroenterol.* 2014;20(16):4483-4490.
15. European Society for Medical Oncology (ESMO). Cáncer de estómago: Una guía para pacientes. Fundación contra el Cáncer. [En línea] 2012. [Fecha de acceso 19 de abril del 2018]. URL disponible en web: : <https://www.esmo.org/content/download/6632/115227/file/ESMO-ACF-Cancer-de-Estomago-Guia-para-Pacientes.pdf>
16. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y Tratamiento del Adenocarcinoma Gástrico en Pacientes Adultos. Consejo de Salubridad General. Gobierno Federal. [En línea] 2013 [Fecha de acceso 19 de abril del 2017]. Disponible en web: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/167_GPC_CA_GASTRICO/Grr_cancergastrico.pdf
17. Sarela AI et al. Selection of Patients with Gastric Carcinoma for Laparoscopic Staging. *Am J Surg* 2006;191:134-138
18. Díaz, A. Caracterización molecular del cáncer gástrico HER2 positivo y su aplicabilidad práctica para el tratamiento personalizado del cáncer gástrico. [Tesis] España: UCM, 2017.

19. OMS. Factores de riesgo. [En línea] 2018. [Fecha de acceso 20 de abril del 2018]. Acceso vía web: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
20. Nelson, J & Moxness, K & Jensen, M & Gastineau, C. Dietética y Nutrición (7ma ed): 1996. Madrid. España. Mosby/Doyna Libros, S.A.
21. Díaz-Rubio E, García Conde J. Oncología Clínica Básica. 2ªed. España: S.A. aran Ediciones; 2000.
22. INEN. Estadísticas 2002- 2004. Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/>
23. Ligacontraelcancer.com, Cáncer Gástrico [Sede Web]. Bogotá: Ligacontraelcancer.com; 2002 [actualizada en el 2006; acceso el 10 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.ligacontraelcancer.com.co/tiposcancergastrico.php>
24. Llaza, E., Avances en Psiquiatría, 1ra Edición, 2011.
25. OMS. Cáncer es la segunda causa de muerte en américa Latina. Buenos Aires – Argentina. 2010
26. Jackson W. Historia de la melancolía y la depresión. Madrid: Turner; 2007
27. Cervera, G. Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos. [En línea]. 2018. [Fecha de acceso 20 de abril del 2018]. Acceso vía web: http://clincasnc.com/files/2011/02/Libro_depresion_y_ansiedad_2aED.pdf
28. Hernández, M. Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso. México: Universidad Autónoma. [En línea]. 2010. [Fecha de acceso 20 de abril del 2018]. Acceso vía web: <http://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>
29. Horna A. Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica. Asociación por la Defensa de las Minorías. Lima: Perú; 2006.
30. Cabaleiroa A, Fernández G, Sáenz, M. Depresión y subjetividad Madrid: España; 2008

31. Bracamonte, A. y Díaz, D. Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un Hospital de Chiclayo, 2013. [Tesis] Perú: UCSTM, 2015.
32. Mastrapa Y, Lamadrid M. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. InfoMed [internet] 2016 [consultado 25 de agosto del 2017]; 32(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>
33. Anierte N. Teoría y Método en Enfermería [sede web]. San Miguel de Salinas: Anierte-nic.net; 2000- [actualizada el 13 de enero de 2013; acceso el 28 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_teor_metod5.htm

BIBLIOGRAFÍA

- Parker, C. Anatomía y Fisiología (2 ed). México D.F: Nueva Editorial Interamericana S.A.
- Nelson, J & Moxness, K & Jensen, M & Gastineau, C. (1996). Madrid. España. Dietética y Nutrición (7ma ed): Mosby/Doyna Libros, S.A.
- Díaz-Rubio E, García Conde J. Oncología Clínica Básica. 2aed. España: S.A. aran Ediciones; 2000.
- Salkind N. Métodos de investigación. 1ª edición. México: Prentice Hall; 2009
- Flores R, Tobón A. Investigación educativa y pedagógica. 2ª edición. Bogotá: McGraw Hill; 2001
- Martin D, James O, John E. Oncología Clínica (3 ed). España: Editorial Elsevier; 2005.
- Richard L, Wayne V, Adam W, Gray Anatomia para estudiantes (2 ed). Madrid: S.A. Elsevier España; 2006.

ANEXOS N°1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE 1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores predisponentes de cáncer gástrico	Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad. Tiene varias acepciones dependiendo del contexto.	Son todas aquellas probabilidades que tienen los pacientes que acuden al consultorio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza el cuál será valorado a través de la aplicación de un cuestionario y el valor final será presentes o ausentes.	<ul style="list-style-type: none"> - Factores modificables - Factores no modificables 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos con alto contenido de sal. • Bajo consumo de vitamina C y A. • Carencia de frutas y verduras. • Consumo de tabaco • Sexo • Edad • Origen étnico • Tipo de sangre

VARIABLE 2	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Nivel de depresión	Es un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva.	Es toda aquella sintomatología que presentan los pacientes que se atienden en el consultorio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica el cual será valorado a través de la aplicación del test de Zung que tendrá como valor final: Alto Medio Bajo	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas somáticos - Síntomas psicológicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la capacidad física - Dificultad de concentración - Palpitaciones excesivas del corazón - Animo deprimido - Llanto - Tensión - Disminución de la vitalidad y de la actividad

ANEXO N°2A

I. INTRODUCCIÓN:

Estimado (a) señor(a), soy estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Privada “San Juan Bautista”, me encuentro realizando un estudio de investigación titulado: **“Factores predisponentes de cáncer gástrico y nivel de depresión en pacientes del consultorio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, Julio-2017”** con el objetivo determinar los factores predisponentes de cáncer gástrico y nivel de depresión en pacientes del consultorio de gastroenterología del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, Julio-2017.

Le agradeceré responder la totalidad del enunciado con veracidad ya que son de carácter anónimo y su aporte me servirá para cumplir el objetivo antes mencionado.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación le entrevistare en base a las siguientes preguntas elaboradas que tienen tres posibles respuestas de las cuales Ud. responderá lo que crea conveniente sobre la base de las alternativas siguientes:

Dimensión factor no modificable

DATOS GENERALES

1. Grado de estudio:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Profesional técnico
- d) Profesional universitario

DIMENSIÓN FACTORES NO MODIFICABLES

2. Edad del paciente:

- a) 30 – 40 años
- b) 41 – 50 años
- c) 51- 60 años
- d) 60 años a más

3. Raza:

- a) Blanca
- b) Negra
- c) Mestiza
- d) Asiática

4. Antecedentes familiares de cáncer

- a) Si
- b) No

5. Sexo del paciente:

- a) Femenino
- b) Masculino

6. Tipo de sangre

- a) A
- b) B
- c) AB
- d) O

DIMENSIÓN FACTORES MODIFICABLES

1. Tiene hábito de fumar

- a) Si
- b) No

2. ¿Emplea alto contenido de sal en su comida?

- a) Si
- b) No

Consumo de vitamina A y C.

3. Consume vitamina A (papaya, zanahoria, lechuga, melón)

- a) Si
- b) No

4. Consume vitamina C (kiwi, limón , naranja, mandarina)

- a) Si
- b) No

5. Consume frutas (fresas, plátano, manzana, piña)

- a) Si
- b) No

6. Consume verduras (brócoli, cebolla, nabo, coliflor)

- a) Si
- b) No

7. Consume alimentos ricos en fibra (naranjas, lenteja, brócoli, nueces, arroz integral)

- a) Si
- b) No

ANEXO N°2B
TEST DE ZUNG

I. INSTRUCCIONES: Conteste las preguntas marcando solo uno de los casilleros por cada ítem según el siguiente criterio:

1. Muy pocas veces
2. Algunas veces
3. Muchas veces
4. Siempre

SÍNTOMAS SOMÁTICOS	1	2	3	4
Ahora tengo menos apetito que antes.				
Creo que estoy adelgazando.				
Estoy estreñado/a.				
Tengo palpitaciones.				
Me canso por cualquier cosa, me quedo sin energías.				

Por favor marque (X) la columna adecuada

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	1	2	3	4
Me siento triste y deprimido/a.				
Tengo ganas de llorar.				
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.				
Mi cabeza no está tan despejada como antes.				
Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.				
No tengo esperanza ni confianza en el futuro.				
Me siento más irritable que habitualmente. Me enfado con facilidad.				
Encuentro difícil la toma de decisiones.				

ANEXO N°3
VALIDEZ DE INSTRUMENTO
CONCORDANCIA DE OPINIONES DE JUICIO DE EXPERTO
PRUEBA BINOMIAL

Ítems	Experto N°1	Experto N°2	Experto N°3	Experto N°4	Experto N°5	Experto N°6	P
1	1	1	1	1	1	1	0.010
2	1	1	1	1	1	1	0.010
3	1	1	1	1	0	1	0.109
4	1	1	1	1	1	1	0.010
5	1	1	1	1	1	1	0.010
6	1	1	1	1	1	1	0.010
7	1	1	1	1	1	1	0.010
						Σp	0.169

$$P = \frac{\sum p}{N^{\circ} \text{ de items}}$$

Se ha considerado

0 = Si la respuesta es negativa

1 = Si la respuesta es positiva

N° = Número de Jueces Expertos

$$P = \frac{0.169}{7} = 0.02$$

Si $P \leq 0.05$, el grado de concordancia es significativo y el instrumento es válido.

ANEXO N°4

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el Coeficiente de Kuder Richardson

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} * \frac{st^2 - \sum p.q}{st^2}$$

Donde:

K = Número de ítems del instrumento

p = Porcentaje de personas que responde correctamente cada ítem

q = Porcentaje de personas que responde incorrectamente cada ítem

st² = Varianza total del instrumento

FACTORES PREDISPONENTES

N	6
st ²	6.37
K	24
r _{tt}	0.841

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere >0.7 - <1, por lo tanto este instrumento es confiable.

ANEXO N°5: TABLAS DE RESULTADOS

TABLA 2

**FACTORES PREDISPONENTES DE CÁNCER GÁSTRICO SEGÚN
DIMENSIÓN FACTORES NO MODIFICABLES EN PACIENTES
DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA
ICA, JULIO – 2017**

		Frecuencia	Porcentaje
Edad del paciente	30-40 años	19	38
	41-50 años	13	26
	51-60 años	14	28
	60 a más	4	8
	Total	50	100
Raza	Blanca	21	42
	Negra	9	18
	Mestiza	18	36
	Asiática	2	4
	Total	50	100
Antecedentes familiares de cáncer	SI	35	70
	NO	15	30
	Total	50	100
Sexo del paciente	Femenino	30	60
	Masculino	20	40
	Total	50	100
Tipo de sangre	A	16	32
	B	8	16
	AB	3	6
	O	23	46
	Total	50	100

TABLA 3

**FACTORES PREDISPONETES DE CÁNCER GÁSTRICO SEGÚN
DIMENSIÓN FACTORES MODIFICABLES EN PACIENTES
DEL CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA
ICA, JULIO – 2017**

Factores Modificables		Frecuencia	Porcentaje
1. Tiene hábito de fumar	SI	29	58
	NO	21	42
	Total	50	100
2. ¿Emplea alto contenido de sal en su comida?	SI	29	58
	NO	21	42
	Total	50	100
3. Consume vitamina A	SI	25	50
	NO	25	50
	Total	50	100
4. Consume vitamina C	SI	30	60
	NO	20	40
	Total	50	100
5. Consume frutas	SI	29	58
	NO	21	42
	Total	50	100
6. Consume verduras	SI	27	54
	NO	23	46
	Total	50	100
7. Consume alimentos ricos en fibra	SI	33	66
	NO	17	34
	Total	50	100

TABLA 4

**DEPRESIÓN SEGÚN SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN PACIENTES DEL
CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL
AUGUSTO HERNÁNDEZ ICA, JULIO – 2017**

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	10	20
BAJO	20	40
MEDIO	20	40
Total	50	100

TABLA 5

**DEPRESIÓN SEGÚN SINTOMAS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES DEL
CONSULTORIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, JULIO-2017.**

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	14	28
BAJO	16	32
MEDIO	20	40
Total	50	100

TABLA 6
NIVEL DE DEPRESIÓN GLOBAL EN PACIENTES DEL CONSULTORIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, JULIO-2017.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	5	10
BAJO	28	56
MEDIO	17	34
Total	50	100

ANEXO N°6 DATA DE RESULTADOS
FACTORES PREDISPONENTES DE CÁNCER GÁSTRICO

	DATOS GENERALES	FACTORES PREDISPONENTES NO MODIFICABLES					FACTORES PREDISPONENTES MODIFICABLES							
	1. Grado de estudio	2. Edad del paciente	3. Raza	4. Antecedentes familiares de cáncer	5. Sexo del paciente	6. Tipo de sangre	1. Tiene hábito de fumar	2. ¿Emplea alto contenido de sal en su comida?	Consume vitamina A	Consume vitamina C	Consume frutas	Consume verduras	Consume alimentos ricos en fibra	
1	1	3	1	1	1	4	1	1	1	2	1	1	1	
2	4	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	
3	2	1	3	1	1	4	1	1	2	1	1	2	1	
4	4	4	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	
5	2	2	3	1	2	4	1	1	1	1	1	2	1	
6	1	1	1	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	
7	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
8	4	3	3	2	2	4	2	2	2	1	1	1	1	
9	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	
10	4	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	
11	2	4	3	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	
12	2	3	3	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	
13	2	3	1	2	2	4	1	1	1	2	2	1	1	
14	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	
15	4	3	3	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	
16	3	1	2	1	2	4	1	1	2	2	2	2	2	
17	1	3	4	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	
18	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	
19	2	3	1	1	2	4	2	2	2	2	2	2	2	

20	2	2	3	1	2	4	2	1	1	2	1	1	1
21	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
22	1	3	4	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1
23	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24	3	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1
25	4	2	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
26	2	1	3	2	2	4	1	2	2	2	1	1	1
27	2	3	3	1	2	4	1	1	1	1	1	2	2
28	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
29	2	1	3	1	2	4	2	2	2	1	1	1	1
30	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	4	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
32	4	2	3	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1
33	1	3	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
34	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1
35	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2
36	2	4	3	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1
37	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1
38	2	2	2	1	2	4	1	1	2	1	2	2	2
39	1	1	1	1	1	4	1	2	2	2	2	2	1
40	2	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1
41	2	3	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1
42	3	4	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1
43	2	2	3	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2
44	1	2	1	1	1	4	1	1	1	1	2	2	2
45	2	3	3	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1
46	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
47	3	3	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1
48	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2

49	2	2	3	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1
50	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2

DEPRESIÓN EN PACIENTES

	SINTOMAS SOMATICOS					SINTOMAS PSICOLOGICOS								
	1. Ahora tengo menos apetito que antes.	2. Creo que estoy adelgazando.	3. Estoy estreñado/a.	4. Tengo palpitaciones.	5. Me canso por cualquier cosa, me quedo sin energías.	6. Me siento triste y deprimido/a.	7. Tengo ganas de llorar.	8. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.	9. Mi cabeza no está tan despejada como antes.	10. Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.	11. No tengo esperanza ni confianza en el futuro.	12. Me siento más irritable que habitualmente. Me enfado con facilidad.	13. Encuentro difícil la toma de decisiones.	
1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	2	3	
2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	
3	2	1	3	3	4	4	4	2	3	2	3	3	3	
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
5	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	
6	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	
7	2	1	1	2	2	4	4	4	4	3	2	3	3	
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
9	3	3	3	2	1	2	3	3	4	3	3	4	4	
10	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
12	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	
13	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	
14	2	3	2	2	3	3	4	3	3	4	4	3	4	
15	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	
16	3	1	2	1	2	3	1	3	2	3	3	3	3	
17	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

19	1	1	2	1	2	2	3	1	2	1	1	1	2
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1
22	4	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4	1	4
23	3	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3
24	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2
25	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3
26	2	2	2	2	3	4	3	2	2	1	2	2	1
27	1	1	2	1	1	2	4	3	2	1	1	1	1
28	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2
31	2	2	1	1	1	3	3	3	1	3	3	2	3
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2
34	2	3	2	3	3	2	3	3	3	4	3	4	3
35	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
36	3	2	2	2	1	2	3	2	1	1	2	1	2
37	1	2	2	3	3	4	3	2	3	3	3	3	2
38	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
39	4	3	3	2	4	4	4	4	3	3	3	3	4
40	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
43	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	4	4
44	3	2	2	2	4	4	3	3	4	3	3	2	3

45	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3
46	4	4	3	2	4	3	4	4	4	4	4	4	2
47	4	1	3	4	3	1	1	2	3	3	3	3	3
48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
49	2	2	2	3	4	3	3	3	3	3	2	2	1
50	2	3	1	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2