

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER GÁSTRICO EN ADULTOS QUE
ACUDEN A UNIDADES DE SALUD COMASAGUA Y VICTORIA, AGOSTO, 2025.**

Autores:

**BRISETH ALEJANDRA LÓPEZ HERNÁNDEZ
JUAN CARLOS LÓPEZ SARAVIA**

Para optar al grado de:
DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

DR. CARLOS ALBERTO HERNÁNDEZ VELÁSQUEZ

Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, 9 Octubre 2025.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

M.SC. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Msp. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

A Dios, por otorgarme salud, sabiduría e inteligencia para culminar esta tesis, y por su presencia constante que iluminó cada paso de este camino.

A mi familia.

Agradezco principalmente a mi madre, por acompañarme en este proceso con su amor, paciencia, sabiduría, inteligencia; Por su apoyo incondicional, palabras de aliento y consejo oportuno que me sostuvieron en los momentos más exigentes. A mi padre, hermanos y sobrinas por su amor y apoyo incondicional.

A mi asesor de tesis.

Agradezco a Dr. Carlos Alberto Hernández Velásquez, por la generosidad con su tiempo, por su comprensión, su motivación, su guía, su criterio académico y su dedicación en la revisión de este trabajo, que enriquecieron decisivamente la calidad de este trabajo.

BRISETH ALEJANDRA LÓPEZ HERNÁNDEZ

A Dios.

Gracias por acompañarme y darme fuerzas para llegar hasta el final.

A mi familia.

Mamá, gracias por tu paciencia y por no soltarme nunca. Y al resto de mi familiar gracias por estar, animarme y celebrar cada avance.

A mi asesor de tesis.

Gracias, Dr. Carlos Alberto Hernández Velásquez, por su tiempo, sus consejos claros y el empuje que necesitaba para mejorar este trabajo

JUAN CARLOS LÓPEZ SARAVIA

INDICE

I. RESUMEN	1
II. INTRODUCCION.....	2
III. OBJETIVOS.....	5
3.1 OBJETIVO GENERAL:	5
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:	5
IV. MARCO TEORICO	6
4.1 GENERALIDADES DEL CANCER GATRICO	6
4.1.1 DEFINICIÓN	6
4.1.2 EPIDEMIOLOGIA	6
4.1.3 ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS	7
4.2 FACTORES DE RIESGO.....	9
4.2.1 FACTORES MODIFICABLES.	9
4.2.2 FACTORES NO MODIFICABLES	12
4.3 MANIFESTACIONES CLINICAS DEL CANCER GASTRICO	14
4.4 MEDIDAS DE PREVENCIÓN	15
4.4.1 MEDIDAS PRIMARIAS	15
4.4.2 MEDIDAS SECUNDARIAS	16
4.4.3 MEDIDAS TERCIARIAS	17
4.5 ESCALAS DE MEDICIÓN NIVEL DE CONOCIMIENTO	18
4.5.1 DEFINICIÓN NIVEL DE CONOCIMIENTO	18
4.5.2 ESCALA DE MEDICIÓN DE RANGOS PORCENTUALES	18
4.6 CLASIFICACIÓN DE CICLO DE VIDA SEGÚN PSICOLOGIA DEL DESARROLLO	18
4.7 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACIÓN.....	19
4.7.1 COMASAGUA	19
4.7.2 VICTORIA.....	19
V. DISEÑO METODOLOGICO	21
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:.....	21
5.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN	21
5.3 UNIVERSO.....	21
5.3.1 POBLACIÓN:	21
5.3.2 MUESTRA.....	21

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	22
5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	22
5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	23
5.5 NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN	23
5.6 NIVEL Y ESCALA DE MEDICIÓN	24
5.7 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	25
5.8 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	29
5.9 PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE INFORMACIÓN	30
5.10 CONSIDERACIONES ETICAS.....	31
VI. RESULTADOS.....	33
6.1 OBJETIVO 1.....	33
6.2 OBJETIVO 2.....	37
6.3 OBJETIVO 3.....	40
6.4 OBJETIVO 4.....	42
VII. DISCUSIÓN.....	44
VII. CONCLUSIONES.....	49
VIII.RECOMENDACIONES	51
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
XI. ANEXOS.....	57
ANEXO 1. ETAPAS PSICOSOCIALES DEL DESARROLLO SEGÚN ERIK ERIKSON.....	57
ANEXO 2. ESQUEMA DE INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
ANEXO 3. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DIRECTOR DE UNIDAD DE SALUD COMASAGUA	62
ANEXO 4. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DIRECTOR DE UNIDAD DE SALUD VICTORIA	63
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN UTILIZADO EN GOOGLE FORM	64

I. RESUMEN

El cáncer gástrico es caracterizado por el crecimiento desordenado y atípico de las células en pared gástrica, es el quinto tipo de cáncer con mayor incidencia en El Salvador, la mortalidad asociada a este es del 7.0%, siendo la bacteria *Helicobacter pylori* es uno de los principales responsables, puede ser asintomático en las primeras etapas, y se presenta con varios signos y síntomas en las etapas más avanzadas, debido a esto se considera importante que la población aprenda a reconocer los síntomas y medidas para prevenir su apareamiento.

En el presente trabajo se investigó el nivel de conocimiento sobre el cáncer gástrico que poseen los adultos que acuden a la unidad de salud Comasagua, ubicada en el departamento de La Libertad y a la unidad de salud Victoria, ubicada en el departamento de Cabañas, la cual fue realizada en el mes de agosto 2025. En base a la población Adulta que consultó entre los meses de enero a julio del año 2025 se obtuvo una muestra para las Unidades de Salud Comasagua y Victoria. La obtención de datos se realizó mediante un formulario elaborado en google form, utilizando una escala estimativa de nivel de conocimiento de categorización de rangos porcentuales, donde se obtuvo que la muestra tuvo un nivel de conocimiento sobre generalidades del cáncer gástrico y medidas de prevención bueno, sobre factores de riesgo y manifestaciones clínicas regular. En conclusión la mayoría de los adultos encuestados en las Unidades de Salud de Comasagua y Victoria presentó un nivel de conocimiento de regular a bueno sobre el cáncer gástrico. Esto refleja la existencia de información básica en la población, pero con vacíos importantes en aspectos específicos que limitan la identificación temprana y la prevención de la enfermedad.

Palabras claves: Cáncer gástrico; Epidemiología; Factores de riesgo; Manifestaciones clínicas; Prevención primaria; Unidades de salud.

II. INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico se origina en las células de la pared gástrica, y se caracteriza por crecimiento desordenado y atípico de estas células, lo que puede llevar a la formación de tumores malignos. El tipo histológico más frecuente de cáncer es el adenocarcinoma, constituyendo más del 90% de los tumores gástricos.

A nivel mundial en el año 2022 se registraron aproximadamente 970,000 nuevos casos. Según el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para ese año el cáncer gástrico representó el quinto tumor maligno más frecuentemente diagnosticado a nivel mundial, y supone la cuarta causa de mortalidad por cáncer, siendo más frecuente en hombres que en mujeres.

A nivel nacional, el cáncer de estómago es el quinto tipo de cáncer con mayor incidencia, según datos la oficina de información y respuesta (OIR) y el Ministerio de Salud (MINSAL) en el año 2022, el número de casos nuevos de cáncer gástrico en hombres es de 309 equivalente al 23% en segundo lugar después del cáncer de próstata, y en el sexo femenino ubicado en la tercera posición con 291 casos equivalentes al 6% del total por detrás de cáncer de mama y cérvico uterino.

Los pacientes suelen ser asintomáticos o tienen síntomas generales como pérdida de peso, dolor abdominal, náuseas y anorexia, que pueden impedir un diagnóstico precoz, por lo que este tipo de cáncer generalmente es diagnosticado en estadios avanzados, causando un alto impacto en la población. El riesgo de cáncer gástrico es multifactorial con una clara asociación con la infección por *Helicobacter pylori*. El riesgo de desarrollarlo aumenta a partir de los 50 años y es máximo en la séptima década de la vida. En la actualidad, se sugieren algunas medidas o recomendaciones que ayudan a la población a prevenir el cáncer gástrico y a que su diagnóstico se realice de manera temprana, como mantener estilos de vida saludables, evitar el consumo de alcohol y tabaco, determinación de *Helicobacter pylori*, adecuado tratamiento de gastritis, entre otros.

A pesar de que, a nivel mundial, las tasas de incidencia del cáncer gástrico se encuentran en disminución, debido al impacto que aun generan en la salud de la población, sigue siendo un problema de salud pública. Por lo que se considera fundamental que la población en general se encuentre informada sobre la temática, principalmente sobre las medidas o recomendaciones para su prevención. Estudios han mostrado que muchas personas desconocen de los síntomas del cáncer gástrico. Además, se ha identificado una escasa participación de la población en actividades de prevención, como tamizajes, charlas informativas o campañas comunitarias de salud.

El cáncer gástrico es una de las principales causas de muerte por cáncer a nivel mundial, y en países como El Salvador representa una amenaza significativa para la salud pública, especialmente debido a su detección tardía, la falta de conocimiento sobre sus síntomas, factores de riesgo, medidas preventivas y opciones de diagnóstico oportuno, esto influye directamente en el retraso de la consulta médica y en la evolución desfavorable de la enfermedad.

En áreas rurales o semiurbanas como Comasagua y Victoria, donde el acceso a información de salud puede ser limitado y los servicios de promoción pueden ser insuficientes, la población adulta podría presentar conocimiento escaso sobre el cáncer gástrico. Esta situación representa un desafío importante para los sistemas de salud, ya que limita la posibilidad de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno. No obstante, hasta la fecha no se han encontrado investigaciones que exploren específicamente el nivel de conocimiento sobre el cáncer gástrico en adultos que acuden a las Unidades de Salud Intermedia de Comasagua y Victoria, lo cual evidencia un vacío importante que el presente estudio buscó abordar. Esta investigación aporta datos que permite al establecimiento conocer las deficiencias en los adultos y fortalecer el conocimiento mediante la creación e implementación de estrategias de promoción y prevención oportunas como estilos de vida saludables y acceso a chequeos médicos regulares que pueden llevar a la detección y manejo oportuno, lo que permitirá reducir los costos de tratamiento en etapas avanzadas, mejorar el pronóstico y la calidad de vida de la población.

En el presente trabajo se investigó el nivel de conocimiento sobre el cáncer gástrico que poseen los adultos que acuden a la unidad de salud Comasagua, ubicada en el departamento de La

Libertad y a la unidad de salud Victoria, ubicada en el departamento de Cabañas, la cual fue realizada en el mes de Agosto 2025. En base a la población Adulta que consultó en las Unidades de Salud de Comasagua y Victoria entre los meses de Enero a Julio se obtuvo un promedio mensual de cada unidad de salud constituyendo la población, se obtuvo una muestra y se realizó la obtención de datos mediante un cuestionario elaborado por medio de google form, posteriormente se utilizó una escala estimativa de nivel de conocimiento de categorización de rangos porcentuales, estableciendo las categorías de nivel de conocimiento bueno, regular y malo, según porcentajes establecidos por umbrales criterio-referenciados. Dónde se obtuvo que la muestra posee un nivel de conocimiento sobre generalidades del cáncer gástrico y medidas de prevención, bueno; sobre factores de riesgo y manifestaciones clínicas, regular. En conclusión la mayoría de los adultos encuestados en las Unidades de Salud de Comasagua y Victoria presentó un nivel de conocimiento regular a bueno sobre el cáncer gástrico. Esto refleja la existencia de información básica en la población, pero con vacíos importantes en aspectos específicos que limitan la identificación temprana y la prevención de la enfermedad.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar el nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico que poseen los adultos que acuden a las Unidades de Salud intermedias Comasagua, La Libertad y Victoria, Cabañas durante el período de agosto del año 2025.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar el conocimiento que tienen las personas adultas seleccionados como muestra sobre generalidades del cáncer gástrico.
2. Determinar los factores de riesgo de cáncer gástrico conocidos por la muestra seleccionada
3. Indagar sobre las manifestaciones clínicas de cáncer gástrico conocidos por los adultos que constituyen la muestra.
4. Establecer el conocimiento que poseen los adultos sobre las medidas de prevención del cáncer gástrico.

IV. MARCO TEORICO

4.1 GENERALIDADES DEL CANCER GATRICO

4.1.1 DEFINICIÓN

El cáncer gástrico es un tipo de cáncer que se origina en las células de la pared gástrica¹, caracterizado por el crecimiento desordenado y atípico de estas células, lo que puede llevar a la formación de tumores malignos¹. El estómago tiene 3 capas: la mucosa (la capa más interna, en la que están las glándulas), la muscular y la serosa (membrana externa que recubre el estómago). Los tumores gástricos se originan comúnmente en la mucosa y de ahí se extienden a través de las otras capas (muscular y serosa) en profundidad. El tipo histológico más frecuente de cáncer gástrico es el tumor de estirpe epitelial, llamado adenocarcinoma gástrico. Más del 90% de los tumores gástricos son adenocarcinomas²². El adenocarcinoma 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 especial el esófago, el intestino y el páncreas. En las formas metastásicas, las células tumorales pueden infiltrar los vasos linfáticos en los tejidos. Puede presentarse diseminación a los ganglios linfáticos regionales y al sobrepasar esta barrera y presentarse en la circulación sanguínea para diseminarse a cualquier otro órgano del cuerpo.

4.1.2 EPIDEMIOLOGIA

Según el observatorio global del cáncer (GLOBOCAN) de la organización mundial de la salud (OMS) el cáncer de estómago es el quinto tipo de cáncer con mayor incidencia en el salvador con una tasa estandarizada por edad (mundial) por 100 000 habitantes de ambos sexos, para el año 2022, siendo su incidencia en El Salvador de 8.2 y la mortalidad asociada a este es del 7.0%, además se reporta que la bacteria *Helicobacter pylori* uno principales responsable de cáncer de estómago es la segunda causa infecciosa productora de cáncer en las Américas con 36.2%, solamente por detrás del virus del papiloma humano con 44.3%.

¹ National Cancer Institute. Gastric Cancer Treatment (PDQ®).

² International Agency for Research on Cancer. Cancer Today (GLOBOCAN 2022)

Para el año 2022 el número estimado de casos registrados de cáncer de estómago en ambos sexos según (GLOBOCAN) fue de 14,000 personas a predominio del sexo masculino y se espera que para el año 2030 la cifra aumente a 18,800, y para el 2040 a 25,400.

4.1.3 ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS

El adenocarcinoma abarca aproximadamente un 90% de todas las neoplasias de estómago, el resto está conformado predominantemente por Linfoma no Hodgkin y leiomiomas. El adenocarcinoma se puede dividir en dos con la clasificación de Lauren: el tipo intestinal, que se caracteriza por la formación de estructuras tubulares que asimilan una glándula intestinal y son los que están más relacionados con factores ambientales y dietéticos, además predominan en las regiones de alta incidencia. El segundo tipo, el difuso, consiste únicamente en células laxas que infiltran la pared gástrica sin formar una clara masa y sin el aspecto glandular. Este último tipo se caracteriza por aparecer a menores edades y tener un peor pronóstico; cuando involucra una amplia extensión del tejido gástrico se le llama linitis plástica

Otra clasificación utilizada consiste en su localización anatómica: proximal (unión gastroesofágica y cardias) y distal (fondo, cuerpo y antro), los cuales interesadamente han disminuido en paralelo a la reducción de la tasa de infección por H. Pylori.

Existe una teoría en relación con el cáncer de tipo intestinal que postula un desarrollo de cambios pre neoplásicos que eventualmente convergen en la formación de la neoplasia; iniciando por la inflamación crónica, en donde la infección por H. pylori es la causa número uno. Conforme avanza la inflamación, evoluciona la lesión presente a nivel gástrico iniciando con gastritis superficial, posteriormente gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal, displasia y finalmente cáncer.

El cáncer gástrico tiene etiología multifactorial, es decir, se debe a la combinación de causas directas y factores de riesgo. Entre las principales causas directas se encuentran las siguientes:

1. Infección crónica por Helicobacter pylori:

Esta es la causa más importante y frecuente. La infección crónica por H. pylori actúa como un motor etiológico directo del cáncer gástrico, promueve una inflamación persistente que progresa

secuencialmente por gastritis, atrofia, metaplasia intestinal y displasia, hasta llegar al carcinoma gástrico (la llamada cascada de Correa³)

Los factores de virulencia bacterianos, especialmente CagA y VacA, activan vías oncogénicas como PI3K/Akt, JAK/STAT, Ras/Raf/ERK, además de alterar la reparación del ADN, provocando inestabilidad genómica y acumulación de mutaciones carcinogénicas.

La infección aumenta la producción de especies reactivas de oxígeno y nitrógeno (ROS/RNS), como 8-oxo-2'-desoxiguanosina, que causa daño oxidativo al ADN.

Estas alteraciones bioquímicas y moleculares generan un entorno propicio para la transformación maligna de las células epiteliales gástricas.

2. Alteraciones genéticas y moleculares (mutaciones en genes como TP53, CDH1 en cáncer difuso):

TP53 (gen que codifica la proteína p53) es el supresor tumoral más frecuentemente alterado en el cáncer gástrico. Su función pierde eficacia por mutaciones, pérdida de heterocigosidad o metilación, permitiendo que las células dañadas evadan la apoptosis y proliferen sin control.

CDH1, que codifica la E-cadherina, desempeña un papel esencial en la adhesión celular y la arquitectura epitelial. Mutaciones germinales en CDH1 causan el síndrome hereditario de cáncer gástrico difuso, aumentando significativamente el riesgo. Estas mutaciones aparecen en aproximadamente 11 % de todos los cánceres gástricos.

3. Condiciones precancerosas: gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal y displasia

Estas lesiones representan etapas directas en la progresión hacia el cáncer gástrico:

La gastritis crónica atrófica, especialmente cuando se acompaña de metaplasia intestinal, constituye una lesión precancerosa que, a través del proceso gastritis - atrofia - metaplasia - displasia, deriva en adenocarcinoma gástrico (secuencias de tipo Correa)

La metaplasia intestinal implica el reemplazo del epitelio gástrico por uno similar al intestinal y representa un factor pre-neoplásico importante, con posibilidad de progresión hacia displasia y carcinoma si no se interviene.

³ Correa P, Piazuelo MB. The gastric precancerous cascade

La displasia epitelial, especialmente de alto grado, refleja una transformación celular significativa (alteraciones nucleares, pérdida de polaridad, proliferación atípica) y constituye la etapa inmediata anterior al carcinoma invasivo.

4.2 FACTORES DE RIESGO

4.2.1 FACTORES MODIFICABLES.

4.2.1.1 HELICOBACTER PYLORI

A pesar de que la etiología de cáncer gástrico es multifactorial, el *H. pylori* se considera su principal causa. Este microorganismo ya ha sido catalogado como un carcinógeno definitivo del adenocarcinoma de tipo intestinal para los humanos.

Se trata de una bacteria Gram-negativa, la cual se adquiere principalmente en etapas de la infancia. Para crear un ambiente pro-oncogénico se necesita de un huésped genéticamente susceptible, un ambiente gástrico favorable y una cepa bacteriana virulenta, de las cuales se ha descubierto que en las regiones de mayor endemicidad como el este de Asia y los Andes colombianos, la mayoría de la población porta el gen asociado a citotoxicidad *cagA*. Otra cepa altamente virulenta es la *vacA*. A pesar de estos descubrimientos, el factor más relevante es la respuesta inmune producida y su respectiva inflamación crónica; hay producción de especies reactivas de oxígeno (ROS), radicales libres, entre otros, que conllevan al daño del ADN, esto eleva la formación de citoquinas pro inflamatorias y por tanto se aumenta la velocidad del recambio celular y se disminuye la apoptosis, incrementando así la posibilidad de reparación incompleta del ADN. Algo curioso de recalcar es que a pesar de que la relación *H. pylori* con el cáncer gástrico es irrefutable, usualmente cuando existe displasia o una neoplasia invasiva, la colonización bacteriana ha disminuido francamente o en ocasiones, desaparecido por completo.

4.2.1.2 DIETA

Existen múltiples aspectos dentro de la alimentación diaria de una persona que pueden favorecer la formación del cáncer gástrico. Estudios han demostrado que lugares en donde dietas con alto contenido de sal es lo más prevalente, la probabilidad de aparición de una neoplasia gástrica es mayor, con una tasa de hasta el doble en comparación con dietas bajas en sal⁴. Asociado a esto

⁴ Wu B, et al. Dietary salt intake and gastric cancer risk

también se les ha atribuido a las comidas ahumadas cierto grado de probabilidad de carcinogénesis por los diferentes contenidos químicos presentes en estos alimentos. A las frutas y vegetales se les ha atribuido en varias ocasiones una probable protección contra la aparición de cáncer gástrico; sin embargo, existen diferentes estudios con evidencia contradictoria por lo que no se le ha dado la etiqueta de factor protector definitivo.

Se ha observado un claro aumento de riesgo para cáncer gástrico en poblaciones obesas, principalmente en neoplasias de la región cardial y de la unión gastroesofágica. En estudios se evidenció un aumento del doble en individuos con índice de masa corporal (IMC) de 30 a 35, y en aquellos que presentan IMC mayores a 40 un aumento del riesgo de hasta 3 veces. Aun no se ha esclarecido la fisiopatología exacta; sin embargo, dentro de las teorías que se proponen está el aumento del reflujo gastroesofágico por el aumento de grasa abdominal. Adicionalmente a esto, la acumulación de tejido adiposo aumenta la producción endógena de hormonas como insulina y el factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1), lo cual puede alterar la proliferación celular y la apoptosis, y por tanto favorecer estados pre neoplásicos. Además, ya es bien conocido que la obesidad es un estado pro inflamatorio, por lo que citoquinas como el TNF o la IL-6 que se encuentran elevadas, favorecen la carcinogénesis.

4.2.1.3 HÁBITOS

Entre los hábitos que pueden considerarse factores de riesgo se encuentran:

1. Tabaquismo

Gran cantidad de estudios han demostrado una suficiente causalidad entre el cigarro y la neoplasia gástrica, atribuyéndole hasta un riesgo aumentado del doble y que puede seguir incrementando, dependiendo de la cantidad de cigarros fumados. Otros tipos de fumado de tabaco como las “pipas”, en algunos estudios han estado relacionados con un riesgo mayor; sin embargo, por falta de evidencia suficiente en otros estudios se necesita mayor confirmación.

2. Consumo excesivo de alcohol.

La mayor parte de la evidencia no cataloga el consumo de alcohol como factor de riesgo para el cáncer gástrico. Sin embargo, en algunos estudios se sugiere una probable asociación de consumo elevado de cerveza con un aumento de riesgo, así como en otros se comenta que el consumo de

vino puede ejercer un factor protector. Debido a lo anterior este sigue siendo un tema en discusión.⁵

4.2.1.4 LESIONES PRE MALIGNAS.

1. Gastritis crónica atrófica:

Definida como la pérdida de tejido glandular especializado en una región definida, es un cambio morfológico que sucede previo a la formación del tejido neoplásico. Cuanto más extensa sea la región afectada por la gastritis, mayor el riesgo de contraer cáncer. La razón por la cual esta patología es un factor de riesgo es probablemente debido a que por la atrofia existente se produce menos ácido (hipo- o aclorhidria) y esto conlleva al sobre crecimiento bacteriano y que desata una cadena de reacciones bioquímicas. Asociado a esto, en respuesta a la baja producción de ácido, los niveles de gastrina aumentan, ejerciendo su función como factor de crecimiento sobre la mucosa gástrica y aumentando el riesgo para un crecimiento anormal con potencial neoplásico.

2. Metaplasia intestinal y displasia

La metaplasia intestinal consiste en el cambio de la mucosa gástrica a un epitelio que asemeja la mucosa del intestino delgado como respuesta adaptativa a la presencia de un patógeno persistente; tales como H. Pylori, fumado o consumo elevado de sal. Con respecto a la displasia, esta se caracteriza por presentar atipia celular.

Existen 3 tipos de metaplasia, de la I a la III, y entre más alta la clasificación, mayor riesgo de estar asociado a cáncer.

3. Pólipos gástricos

La prevalencia de pólipos gástricos en la población puede llegar hasta un 2%, la mayoría de los cuales son los pólipos glandulares fúndicos (PGF). Estos abarcan aproximadamente el 50%, seguidos por los hiperplásicos (40%) y los adenomatosos (10%). Con respecto a los primeros, usualmente tienen un curso benigno y se encuentran en hasta un 1.9% de la población general. Su principal causa es el uso crónico de Inhibidores de la Bomba de Protones, sin embargo, siempre hay que descartar que sean secundarios a una poliposis adenomatosa familiar. Los pólipos hiperplásicos se cree que están formados por proliferación excesiva de las células epiteliales productoras de moco, sin involucrar tejidos glandulares; usualmente producen en estados de inflamación se producen crónica como gastritis crónica atrófica, anemia perniciosa, regiones

⁵ Huang X, et al. Aspirin and non-steroidal anti-inflammatory drugs use and risk of gastric cancer

adyacentes a úlceras o erosiones como en gastroenterostomías. Raramente estos pólipos evolucionan a malignidad; sin embargo, es recomendado realizar polipectomía a aquellos mayores a 5mm y controlar posteriores endoscopías. Por otro lado, los pólipos adenomatosos son los que mayor riesgo de conversión a neoplasia tienen con una probabilidad de hasta un 11%. Especialmente si se trata de un pólipo solitario se debe realizar resección, ya que es cuando más se asocia a adenomas.

4. Gastrectomía previa

Hay estudios que catalogan la cirugía gástrica por condiciones benignas como un factor predisponente para neoplasia gástrica. Usualmente el riesgo no es inmediato; sin embargo, en pacientes con 15 años de la cirugía se recomienda iniciar un control endoscópico para detectar un probable cáncer en estados iniciales, aumentando el riesgo después de los 20 años y cada vez más conforme avanza el tiempo. Las razones no se tienen aún muy claras; sin embargo, las teorías van desde hipoclorhidria que conlleva a sobre crecimiento bacteriano, reflujo crónico de sales biliares y líquido pancreático o atrofia del tejido remante postquirúrgico.

5. Úlcera péptica

Múltiples estudios han catalogado esta patología con un aumento de hasta casi el doble de la prevalencia del cáncer gástrico con respecto a la esperada. Cabe recalcar que el aumento de riesgo se da en pacientes con úlcera gástrica, ya que en úlceras duodenales el efecto es el contrario y más bien se ha evidenciado una disminución del riesgo. Existe la teoría que el aumento del riesgo está dado principalmente por el ambiente pro inflamatorio y carcinogénico que conlleva a la gastritis atrófica, más que por la lesión⁵.

4.2.2 FACTORES NO MODIFICABLES

4.2.2.1 EDAD AVANZADA

El riesgo aumenta significativamente con la edad, siendo la mayoría de los casos diagnosticados en personas mayores de 60 años. El envejecimiento favorece la acumulación de mutaciones genéticas y epigenéticas, así como cambios en la respuesta inmunológica y regeneración del epitelio gástrico.

4.2.2.2 SEXO MASCULINO

Los hombres presentan entre 1.5 y 2 veces más riesgo que las mujeres⁶. Este patrón puede estar relacionado con factores hormonales (efecto protector de los estrógenos) y diferencias en la exposición a carcinógenos ambientales.

4.2.2.3 ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER GÁSTRICO

Tener un pariente de primer grado con cáncer gástrico incrementa el riesgo entre 2 y 4 veces.

Se ha identificado una posible transmisión familiar de factores genéticos y ambientales compartidos, lo que puede potenciar la susceptibilidad individual.

4.2.2.4 PREDISPOSICIÓN GENÉTICA HEREDITARIA

Algunas mutaciones germinales heredadas predisponen al cáncer gástrico, especialmente en formas tempranas y difusas. Entre los síndromes hereditarios más relevantes están:

1. Cáncer gástrico difuso hereditario (HDGC): asociado a mutaciones en el gen CDH1, que codifica la E-cadherina.
2. Síndrome de Lynch: mutaciones en genes reparadores de ADN (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) pueden aumentar el riesgo, aunque su asociación es más fuerte con cáncer colorrectal.
3. Síndrome de Peutz-Jeghers, Síndrome de poliposis adenomatosa familiar, y Li-Fraumeni, también han sido vinculados en menor medida al desarrollo de cáncer gástrico en ciertos subtipos.

4.2.2.5 ORIGEN ÉTNICO Y GEOGRÁFICO

Hay una clara variación geográfica: las tasas más altas de cáncer gástrico se reportan en Asia Oriental (China, Japón, Corea), Europa del Este y América Latina. Se ha sugerido que factores genéticos poblacionales, combinados con exposiciones culturales comunes (como dieta salada o fermentada), pueden explicar esta distribución⁷.

4.2.2.6 GRUPO SANGUÍNEO A

Estudios han asociado el grupo sanguíneo A con un mayor riesgo de cáncer gástrico, en comparación con otros grupos. Aunque el mecanismo no es completamente entendido, se cree

⁶ Lou L, et al. Sex difference in incidence of gastric cancer.

⁷ Wang Z, et al. ABO blood group and gastric cancer

que podría influir en la respuesta inmunológica o en la adhesión del *H. pylori* a las células gástricas

4.3 MANIFESTACIONES CLINICAS DEL CANCER GASTRICO

El cáncer gástrico puede ser asintomático en las primeras etapas, pero se presenta con varios signos y síntomas en las etapas más avanzadas entre ellos se encuentran:

1. Signos

- Pérdida de peso inexplicada.
- Vómitos con sangre.
- Heces oscuras o con sangre.
- Masa palpable en el abdomen.

2. Síntomas

Según la sociedad americana del cáncer gástrico en la etapa inicial pocas veces causa síntomas, pero en las ocasiones en los que sí causa síntomas, pueden estar constituidos por un síndrome conocido como síndrome dispéptico, estos síntomas pueden incluir:

- Hiporexia
- Malestar impreciso en el abdomen, generalmente justo encima del ombligo
- Sensación de llenura después de comer solo una pequeña comida
- Acidez (agruras) o indigestión.
- Náuseas
- Sensación de cansancio o debilidad, como resultado de tener un número muy bajo de glóbulos rojos (anemia)⁸

La saciedad temprana y las náuseas son el resultado de la masa tumoral que ocupa la cavidad gástrica o de la obstrucción de la salida gástrica en el antro. Esta reducción de la ingesta de alimentos y calorías y el aumento de las demandas catabólicas conducen a su vez a la caquexia. El dolor abdominal suele ser epigástrico y su intensidad empeora a medida que avanza el cáncer. Los cánceres gástricos también pueden presentarse como hemorragias gastrointestinales

⁸ American Cancer Society. Signs and symptoms of stomach cancer

superiores que pueden ser ocultas o manifiestas (melena y hematoquecia) y pueden provocar o no anemia por deficiencia de hierro¹.

4.4 MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Según la sociedad americana del cáncer, no existe una manera garantizada de prevenir el cáncer de estómago (conocido como cáncer gástrico), aunque se pueden practicar algunas medidas que podrían reducir su riesgo enfocadas en los siguientes pilares básicos:

4.4.1 MEDIDAS PRIMARIAS

4.4.1.1 ELIMINACIÓN DE LA INFECCIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI

A partir de evidencia científica sólida, la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) se relaciona con un riesgo más alto de cáncer gástrico.

En el informe inicial de un ensayo clínico aleatorizado, se hizo un análisis por intención de tratar del seguimiento de 3365 participantes. Se observó que el tratamiento a corto plazo con amoxicilina y omeprazol se relacionó con una reducción del 39 % en la incidencia de cáncer gástrico durante un periodo de seguimiento de 15 años después de la aleatorización. Con un seguimiento de 22 años, se observó reducción en la incidencia y la mortalidad por este cáncer⁹

4.4.1.2 ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

Incluyen dieta, nutrición, peso corporal y actividad física. El sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de algunos tipos de cáncer de estómago, así que alcanzar un peso saludable y mantenerlo podría disminuir su riesgo,

A partir de evidencia científica regular, la ingesta excesiva de sal y el consumo insuficiente de frutas y vegetales frescos se relacionan con un riesgo más alto de cáncer gástrico. El consumo de vitamina C proveniente de vegetales, frutas y otros alimentos de origen vegetal, se relaciona con un riesgo más bajo de cáncer gástrico. Las dietas abundantes en cereales integrales, carotenoides, compuestos de *Allium* y té verde también se relacionan con un menor riesgo de este tipo de cáncer. Sin embargo, no está claro si cambiar la alimentación para incluir más vegetales, frutas y granos integrales reduciría el riesgo de cáncer gástrico.

Hacer actividad física con regularidad también podría ayudar a disminuir su riesgo de cáncer de estómago. Además de los posibles efectos que mantener un peso saludable y estar activo tiene en

el riesgo de cáncer de estómago, también podría disminuir su riesgo de muchos otros tipos de cáncer y problemas de salud.

4.4.1.3 HABITOS ADECUADOS

Suspensión de ingesta de bebidas con alcohol y tabaquismo: A partir de evidencia científica sólida, el consumo de tabaco se relaciona con un riesgo más alto de cáncer de estómago. En el informe de Surgeon General de 2004, se identifica el consumo de tabaco como una causa de cáncer de estómago, con un riesgo relativo (RR) promedio de 1,2 en antiguos fumadores y de 1,6 en fumadores actuales. en una revisión sistemática y un metanálisis se mostró un aumento del 60 % de cáncer gástrico en los hombres fumadores y del 20 % en las mujeres fumadoras en comparación con quienes no fumaban. El tabaquismo puede causar cáncer en casi cualquier parte del cuerpo, incluido el cáncer de estómago, el tener el habito de fumar puede aumentar el riesgo de cánceres en la parte superior del estómago (la parte más cercana al esófago)⁹.

El consumo de alcohol probablemente aumente el riesgo de cáncer de estómago, así que evitar o limitar el consumo de alcohol podría disminuir su riesgo.

4.4.1.4 USO DE ASPIRINA

El consumo de aspirina u otros agentes antiinflamatorios no esteroideos (NSAID, por sus siglas en inglés), como el ibuprofeno o naproxeno, parece reducir el riesgo de cáncer de estómago⁹. Estos medicamentos también pueden reducir el riesgo de pólipos en el colon y cáncer de colon. Sin embargo, pueden también causar sangrado interno grave (incluso fatal) y otros riesgos potenciales de salud en algunas personas. La mayoría de los médicos considera que cualquier reducción en el riesgo de cáncer es un beneficio añadido para quienes toman estos medicamentos por otras razones, como para tratar la artritis. No obstante, los médicos no recomiendan tomar rutinariamente agentes antiinflamatorios no esteroides específicamente para prevenir el cáncer de estómago¹⁰.

4.4.2 MEDIDAS SECUNDARIAS

4.4.2.1 TAMIZAJE EN POBLACIONES DE ALTO RIESGO

En países como Japón y Corea, se realiza tamizaje con endoscopia a partir de los 40–50 años. Se ha demostrado que reduce significativamente la mortalidad por cáncer gástrico.

⁹ Huang X, et al. Aspirin and non-steroidal anti-inflammatory drugs use and risk of gastric cancer

4.4.2.2 ENDOSCOPIA CON BIOPSIA PARA DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Para personas con:

1. Dispepsia crónica persistente.
2. Historia familiar de cáncer gástrico.
3. Gastritis atrófica o metaplasia intestinal detectadas previamente.
4. Uso de técnicas avanzadas: endoscopia de alta resolución, NBI, tinciones.

4.4.2.3 SEGUIMIENTO DE LESIONES PRECANCEROSAS

Pacientes con metaplasia intestinal o displasia deben someterse a vigilancia endoscópica periódica, según guías internacionales (OLGA/OLGIM).

4.4.3 MEDIDAS TERCIARIAS

4.4.3.1 TRATAMIENTO CURATIVO OPORTUNO

Cirugía oncológica completa (gastrectomía parcial o total con linfadenectomía).

Quimioterapia y/o inmunoterapia adyuvante según estadio y perfil molecular del tumor.

4.4.3.2 SEGUIMIENTO POST-TRATAMIENTO

Evaluaciones clínicas, endoscópicas y por imágenes para detectar recurrencias.

Monitoreo de efectos secundarios del tratamiento (malabsorción, dumping, anemia).

4.4.3.3 REHABILITACIÓN Y SOPORTE INTEGRAL

Estas medidas pueden incluir:

1. Apoyo nutricional: muchos pacientes requieren asesoramiento dietético posterior a la cirugía.
2. Atención psicológica y soporte emocional.
3. Educación al paciente y su familia sobre signos de recaída y control de calidad de vida.

Entre otras recomendaciones se encuentran las siguientes:

1. Adecuado tratamiento de gastritis
2. Realización de Gastroscopia en sospecha clínica de cáncer gástrico o gastritis, que no mejora con manejo después de 3 semanas.
3. Determinación de *Helicobacter pylori* en personas asintomáticas, idealmente en heces.
4. Consulta temprana al presentar síntomas.
5. Mantener controles de seguimiento clínico

4.5 ESCALAS DE MEDICIÓN NIVEL DE CONOCIMIENTO

4.5.1 DEFINICIÓN NIVEL DE CONOCIMIENTO

El nivel de conocimiento se refiere a la cantidad de información que una persona tiene sobre un tema específico. Esto puede incluir la cantidad de hechos y conceptos que se han aprendido, así como la capacidad para aplicar y analizar esa información. El nivel de conocimiento puede variar desde una comprensión básica hasta una comprensión profunda y detallada.

4.5.2 ESCALA DE MEDICIÓN DE RANGOS PORCENTUALES

Se refiere a las herramientas utilizadas para evaluar el grado de conocimiento en un área específica. Existen diferentes tipos de escalas de medición, entre ellas se encuentra la Escala de categorización del conocimiento por rangos porcentuales.

La escala de categorización de rangos es un método utilizado para clasificar y ordenar elementos en diferentes niveles o rangos, según ciertos criterios establecidos. Este método se utiliza para simplificar la información y facilitar la comprensión de complejos conceptos. En la escala de categorización de rangos, los elementos se clasifican en diferentes grupos o categorías, cada una con sus propias características y rasgos definitorios. Es una escala estimativa de tipo ordinal, porque usa valores porcentuales para emitir un juicio cualitativo sobre el desempeño o nivel de conocimiento.

Por medio de esta escala se asigna 1 punto a cada respuesta correcta, y 0 puntos a cada respuesta incorrecta, la suma total de puntos se convierte porcentaje sobre el total de preguntas.

Se asignan categorías de interpretación como por ejemplo bueno, regular y malo, según los porcentajes establecidos¹⁰.

4.6 CLASIFICACIÓN DE CICLO DE VIDA SEGÚN PSICOLOGIA DEL DESARROLLO

Erik Erikson, psicólogo pionero conocido por su papel en la psicología del desarrollo humano, propuso 8 etapas psicosociales del desarrollo, cada una con un conflicto psicosocial a resolver (Anexo 1)

Desde la psicología del desarrollo, las etapas de adultez temprana y media son las más propicias para implementar estrategias, tanto en términos de formación de hábitos como de detección

¹⁰ Boateng GO, et al. Best practices for developing and validating scales for health measurement.

precoz, debido a la madurez cognitiva, motivación por el bienestar y responsabilidad personal¹¹. Desde el enfoque del desarrollo humano, en estas etapas las personas ya poseen capacidad de razonamiento abstracto, planificación futura y toma de decisiones autónomas.

4.7 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACIÓN

4.7.1 COMASAGUA

Comasagua es un distrito del municipio de La Libertad Sur en el departamento de La Libertad, El Salvador. Tiene una población de 12 705 habitantes según el censo salvadoreño de 2024. La población es de origen precolombino pipil.

Para su administración Comasagua se encuentra dividido en 9 cantones y 59 caseríos. Posee el título de Villa, concedido en 1924 y se encuentra a una distancia de 28 kilómetros de San Salvador.

Comasagua tiene grandes potencialidades, pero la mayoría de la población tiene bajos ingresos. Viven de lo que siembran y lo que no consumen lo venden para subsistir.

En la ciudad, una fuente de empleos es el mismo Municipio. Muchos ciudadanos, sobre todo, mujeres, se dedican al sector informal, de servicios y microempresas.

La cantidad de tierras disponibles y aptas para el cultivo son escasas. Existe la necesidad de reforzar los sistemas educativos y de salud y aumentar los puestos de trabajo; así como mejorar las vías de comunicación, los servicios de agua y electricidad y los programas de salubridad pública para que haya un repunte de la economía.

El principal producto de cultivo es el café, pero a menor escala se cosechan granos, hortalizas y frutas. La cría se dedica a las vacas, cerdos, caballos, mulas y aves de corral.

4.7.2 VICTORIA

Victoria es un distrito del municipio de Cabañas Este, en el departamento de Cabañas, El Salvador. Tiene una población estimada de 10.953 habitantes para el año 2024 según censo salvadoreño de 2024. Población de origen lenca.

Administrativamente el municipio se divide en once cantones: Azacualpa, El Caracol, El Zapote, La Bermuda, La Uvilla, Paratao, Peña Blanca, San Antonio, San Pedro, Santa Marta, Rojitas.

¹¹ Li WQ, et al. Follow-up of a randomized intervention trial

El clima en la región es húmedo subtropical fresco y la precipitación pluvial anual oscila entre 1800 a 2000 mm. Los lugares de mayor afluencia de turistas son: el sitio arqueológico en la cima del cerro Caracol y el cerro Ocotillo.

La economía gira principalmente en torno a actividades agrícolas y ganaderas. Los habitantes de comunidades dependen principalmente del cultivo de maíz, frijol, maicillo y hortalizas, lo cual constituye una fuente económica clave, agregado a la alta incidencia de actividad ganadera, incluyendo la crianza de cerdos y otros animales de granja, existe la necesidad de mejorar infraestructuras como los caminos rurales para sacar su producción, obtener ingresos económicos, acceder a servicios de educación y salud¹².

¹² Banco Central de Reserva de El Salvador. Censo de Población y Vivienda 2024.

V. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Se realizó un estudio descriptivo, ya que nuestro objetivo fue identificar el nivel de conocimiento, mostrando el resultado sin realizar ningún tipo de intervención, cuantitativo, ya que se realizó medición de variables numéricamente a través de un instrumento estructurado utilizando estadísticas descriptivas para su análisis. Se utilizó una secuencia temporal de corte transversal.

5.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se llevó a cabo en el mes de agosto del año 2025.

5.3 UNIVERSO

5.3.1 POBLACIÓN:

Habitantes adultos entre 19 y 59 años que residen en áreas geográficas de los municipios de Comasagua, en el departamento de La Libertad y en el municipio de Victoria, en Cabañas, que consultan en Unidad de Salud Intermedia correspondiente en el mes de agosto. Utilizando la plataforma SIS se obtuvo el total de las personas que consultaron en cada unidad de salud entre los meses de enero a julio del año 2025, Comasagua con un total de 563 pacientes categorizados como adultos, y en la unidad de salud Victoria consultaron un total de 558 adultos. Obteniendo un total conjunto de 1,121 personas, se procedió a sacar un promedio mensual dividiendo el total entre los 7 meses implicados dando como resultado promedio 160 personas, las cuales se tomaron en cuenta como población del estudio.

5.3.2 MUESTRA

La selección de la muestra se realizó a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el cual se seleccionó una muestra que cumplió los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se calculó la muestra mediante la siguiente fórmula:

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

Dónde:

n= Tamaño de muestra buscado

N= Tamaño de la población o universo con valor de 160.

Z= Parámetro estadístico que depende el nivel de confianza (NC) utilizando un valor de 95% que corresponde a 1.96

e = error de estimación máximo aceptado, utilizando un 5% que corresponde a 0.05

p= probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito) utilizando un 50% que corresponde a 0.5

q= 1-p probabilidad de que no ocurra el evento estudiando corresponde a 0.5

Para la población que consulta en Unidad de salud Comasagua y Unidad de salud Victoria, el cálculo total de muestra por ambos establecimientos es:

n= 114

Debido a que la cantidad de personas que acuden a cada establecimiento de salud tienen similitud en número de paciente con una diferencia de 5 pacientes, se distribuyó de manera equitativa con 50% por cada unidad de salud dando como resultado 57 encuestas por cada establecimiento.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Personas femeninas y masculinas entre las edades de 19 a 59 años
2. Personas que entren en la categoría de adulto que residan en municipio de Comasagua y victoria
3. Pacientes adultos que se encuentren en control en la Unidades de Salud Intermedia Comasagua y Victoria

4. Pacientes adultos que consulten en Unidades de Salud Intermedia Comasagua y Victoria en el mes de agosto 2025

5. Pacientes adultos que acepten colaborar voluntariamente.

5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes con limitaciones en su nivel de comprensión y comunicación

2. Pacientes que lleven sus controles en otros establecimientos de salud.

3. Pacientes que no residen en los municipios de Comasagua y Victoria

4. Personal de salud

5. Pacientes que no se encuentren categorizados como adulto

6. Pacientes que tengan el diagnóstico de Cáncer Gástrico

5.5 NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó mediante un enfoque cuantitativo, ya que se basa en la recolección y análisis de datos numéricos que permitieron medir el nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico en la población en estudio. De acuerdo con su alcance, fue de tipo descriptiva, porque tuvo como propósito detallar y caracterizar el grado de conocimiento que poseen los adultos que acuden a las unidades de salud de Comasagua y Victoria, sin manipular variables. Según su diseño temporal, fue transversal, dado que la información se obtuvo en un único momento, durante el mes de agosto de 2025. Asimismo, se clasificó como una investigación de campo, ya que los datos se recolectaron directamente de los sujetos de la población a través de instrumentos aplicados en las unidades de salud.

Se eligió un enfoque cuantitativo porque el objetivo fue medir, mediante datos numéricos, el nivel de conocimiento que poseen los adultos acerca del cáncer gástrico; esto permitió aplicar técnicas estadísticas para obtener resultados objetivos y verificables. El alcance descriptivo fue pertinente, ya que la investigación no pretendió establecer relaciones causales, sino únicamente caracterizar y detallar el grado de conocimiento existente en la población estudiada. El diseño transversal resultó adecuado porque la información se recogió en un solo momento, durante agosto de 2025, lo que brindó un panorama preciso de la situación en ese periodo específico. Finalmente, se justifica que fue una investigación de campo debido a que los datos serán recolectados directamente en las unidades de salud de Comasagua y Victoria, a partir de la

aplicación de encuestas a los adultos que acuden a dichas instituciones, garantizando información de primera mano y ajustada a la realidad del contexto.

5.6 NIVEL Y ESCALA DE MEDICIÓN

Se utilizó la escala de categorización de rangos porcentuales, es una escala estimativa de tipo ordinal, porque usa valores porcentuales para emitir un juicio cualitativo sobre el desempeño o nivel de conocimiento. Por medio de esta escala se asigna 1 punto a cada respuesta correcta, y 0 puntos a cada respuesta incorrecta, la suma total de puntos se convierte porcentaje sobre el total de preguntas. Se asignaron las categorías de interpretación de nivel de conocimiento bueno, regular y malo, según los porcentajes establecidos. Se eligieron cortes según los umbrales criterio-referenciados obteniendo como rango de nivel de conocimiento malo aquellos con porcentaje menor a 50%, nivel de conocimiento regular aquellos con porcentaje entre 50 y menor 75%, y nivel de conocimiento bueno aquellos con porcentaje mayor o igual a 75%.

5.7 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	VALOR
Determinar el conocimiento que tienen las personas adultas seleccionados como muestra sobre generalidades del cáncer gástrico	Generalidades	Las generalidades son conceptos, principios, ideas o información básica en un área de conocimiento o tema	Conocimiento de la definición de cáncer gástrico, la etiología y epidemiología	Concepto básico	Definición	Bueno	Bueno: Puntaje mayor o igual a 75%
				Epidemiología	Frecuencia		
					Etiología	-Infección por Helicobacter pylori. -Antecedentes familiares -Condiciones precancerosas	Malo

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	VALOR
Determinar los factores de riesgo de cáncer gástrico conocidos por la muestra seleccionada	Factores de riesgos	Elementos, conductas o condiciones que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar una enfermedad	Conocimiento sobre los elementos, conductas o condiciones que puedan aumentar la probabilidad de desarrollar cáncer gástrico	Modificables.	Presencia de H. pylori Dieta Hábitos Lesiones pre malignas	Bueno	Bueno: Puntaje mayor o igual a 75%
				No modificables.	Antecedentes familiares Edad avanzada Sexo masculino Predisposición genética Origen étnico y geográfico Grupo sanguíneo A	Regular Malo	Regular: Puntaje menor a 75% y mayor o igual a 50% Malo: Puntaje menor a 50%

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	VALOR
Indagar sobre las manifestaciones clínicas de cáncer gástrico conocidos por los adultos que constituyen la muestra.	Manifestaciones clínicas	Los signos y síntomas observables que resultan de una enfermedad o condición médica y son fundamentales para el diagnóstico y tratamiento.	Conocimiento sobre los signos y síntomas asociados a la presencia del cáncer gástrico.	Signos	-Pérdida de peso Inexplicada. -Vómitos con sangre. -Heces oscuras o con sangre. -Masa palpable en el abdomen.	Bueno	Bueno: Puntaje mayor o igual a 75% Regular: Puntaje menor a 75% y mayor o igual a 50%
				Síntomas	-Llenura precoz, -Molestia abdominal persistente, -Indigestión frecuente, -Pérdida de apetito, -Náuseas leves o recurrentes - Fatiga severa.	Malo	

OBJETIVO ESPECIFICO	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	VALOR
Establecer el nivel de conocimiento que posee la muestra sobre las medidas de prevención del cáncer gástrico.	Medidas de prevención	Acciones y hábitos que pueden reducir el riesgo de desarrollar una enfermedad	Conocimiento sobre acciones y hábitos que pueden reducir el riesgo de desarrollar cáncer gástrico	Primarias.	- Erradicación de H. pylori. -Estilos de vida saludables -Hábitos adecuados	Bueno	Bueno: Puntaje mayor o igual a 75%
				Secundarias	Detección de H. pylori Chequeos médicos tempranos	Regular	Regular: Puntaje menor a 75% y mayor o igual a 50%
				Terciarias	Cumplimiento de medicamentos y Procedimientos indicados	Malo	Malo: Puntaje menor a 50%

5.8 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fuentes y técnicas de obtención de información

Se utilizaron fuentes de información primarias mediante un instrumento de recolección de datos de investigación que constó de un formulario realizado en la plataforma google Form. El cuestionario se constituyó de 4 secciones que corresponden a cada objetivo específico.

Asimismo, se obtuvo información mediante fuentes de información secundarias, utilizando artículos en línea y publicaciones científicas que sustentaron la información correspondiente de marco teórico. Además se utilizaron fuentes de información terciarias para la recolección de datos epidemiológicos, mediante la base de datos estadísticos confiables como Organización Mundial de la Salud, GLOBOCAN y PUBMED.

Herramientas de obtención de información

El instrumento fue realizado mediante un formulario de google form (ver anexo 2) constó de un apartado de características socio-demográficas y 4 secciones de evaluación de nivel de conocimiento correspondiente a cada objetivo. En los datos socio-demográficos, al ser una encuesta anónima, no se solicitó datos como el nombre, pero se incluyeron datos como edad, sexo, ocupación, nivel educativo y residencia. Esta sección constó en su mayoría de preguntas cerradas en las que el usuario seleccionó la opción que correspondía según su situación. En la sección I, titulada conocimientos sobre generalidades del cáncer gástrico, constaba de 4 preguntas de opción múltiple. La sección II, III Y IV, tituladas conocimientos sobre factores de riesgo de cáncer gástrico, conocimientos sobre manifestaciones clínicas de cáncer gástrico y conocimientos sobre medidas de prevención de cáncer gástrico, respectivamente, constaban de una pregunta de respuesta múltiple en las cuales debieron seleccionar las respuestas que consideraban eran correctas, se incluyeron además tres distractores en las secciones II Y III y dos distractores en la sección IV. En total el formulario tenía un total de 7 preguntas las cuales tenían una ponderación máxima de 20 puntos a sumar en las respuestas correctas.

5.9 PLAN DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE INFORMACIÓN

Esta investigación se realizó en las unidades de Salud Intermedias de Comasagua, en el departamento de La Libertad y La Victoria, en el departamento de Cabañas, previa autorización de parte de directores de dichos establecimientos, a quienes se les entregó una carta de solicitud de autorización (ver anexo 3 y 4). Posteriormente durante el mes de Agosto se procedió a la recolección de datos de la muestra obtenida en la población adulta que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión, que además dieron el consentimiento a participar, se les explicó la información necesaria sobre la investigación, su papel como participante, cumpliendo con las consideraciones éticas establecidas, este consentimiento se incluyó en el formulario de google form.

El instrumento de recolección realizado por medio de google form nos brindó un consolidado de las respuestas obtenidas en las 114 encuestas realizadas, con ese consolidado se procedió a calificar según los puntos obtenidos por cada pregunta. (Ver anexo 2) en la sección I se podía obtener un total de 4 puntos máximo, en la sección I, que constaba de 4 preguntas de múltiple escoge se podían obtener un total de 4 puntos máximo. En la sección II, que constaba de 1 pregunta de respuesta múltiple, constaba de 8 opciones de respuesta, 5 respuestas correctas con lo que se podía obtener 5 puntos máximo y se colocaron tres distractores que restaban 0.5 puntos por cada uno, un total de máximo 1.5 puntos a restar. En la sección III, que constaba de 1 pregunta de respuesta múltiple, constaba de 9 opciones de respuesta, 6 respuestas correctas con lo que se podía obtener 6 puntos máximo y se colocaron tres distractores que restaban 0.5 puntos por cada uno, un total de máximo 1.5 puntos a restar. En la sección IV, que constaba de 1 pregunta de respuesta múltiple, constaba de 7 opciones de respuesta, 5 respuestas correctas con lo que se podía obtener 5 puntos máximo y se colocaron dos distractores que restaban 0.5 puntos por cada uno, un total de máximo 1.0 puntos a restar. Al obtener el total de los cuestionarios de la muestra seleccionada se procedió al procesamiento de datos mediante la obtención de los puntajes por cada encuesta, al obtener los puntajes por cada encuesta se procedió a aplicar el sistema de puntuación seleccionado para categorizar el nivel de conocimiento.

El sistema de puntuación seleccionado fue realizado a través de cortes dados por umbrales criterio-referenciados, en los cuales se estableció lo siguiente:

Se tomó en cuenta la Escala total que equivalen 20 puntos, cada punto equivale a 5% de dominio. Posteriormente se establecieron los rangos:

1. Malo ($<10/20$ punto) = $<50\%$: no alcanza el dominio básico de los contenidos clave (respuestas correctas inferiores a la mitad).
2. Regular (10–14.9/20) = 50–74%: dominio parcial; conoce varios conceptos, pero con lagunas importantes.
3. Bueno ($\geq 15/20$) = $\geq 75\%$: dominio adecuado/aceptable del contenido.

Además se optó por utilizar una penalización proporcional, en caso de seleccionar los distractores para disminuir la probabilidad de haber obtenido categoría de bueno por haber seleccionado todas las respuestas como correctas. Mediante la penalización cada distractor seleccionado equivalió a 0.5 puntos restados a la puntuación total.

Obteniendo los datos según categorías del nivel de conocimiento se procedió a la elaboración de gráficos según secciones del cuestionario y según establecido en objetivos y cuadro de operacionalización de variables, para posteriormente realizar su análisis.

5.10 CONSIDERACIONES ETICAS

Esta investigación se llevó a cabo bajo los principios éticos establecidos por la declaración de Helsinki. Se respetaron los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Además, para la realización de esta investigación se realizaron los cursos pertinentes sobre ética.

Se ha clasificado como una investigación sin riesgo, ya que no implicó ninguna intervención física, psicológica o social. Además, la obtención de la información se realizó mediante un cuestionario que se llenó de forma anónima por los participantes, sin embargo, se realizó aviso de participación voluntaria y se llenó consentimiento informado mediante formulario de google form.

Se solicitó autorización por escrito a la dirección de ambas unidades de salud, con la intención de poder recopilar la información dentro de los establecimientos. Se procuró en todo momento crear un ambiente de respeto, empatía y cuidado, evitando generar incomodidad o afectación emocional durante el proceso de recolección de información

Se explicó a los participantes el propósito de la investigación, su participación voluntaria, y que la información recopilada fue únicamente para fines académicos.

Se entregó una copia de los resultados obtenido a la dirección de los establecimientos de salud para permitir implementar y fortalecer estrategias de prevención oportunas, que promuevan estilos de vida saludables y acceso a chequeos médicos regulares que pueden llevar a la detección y manejo oportuno.

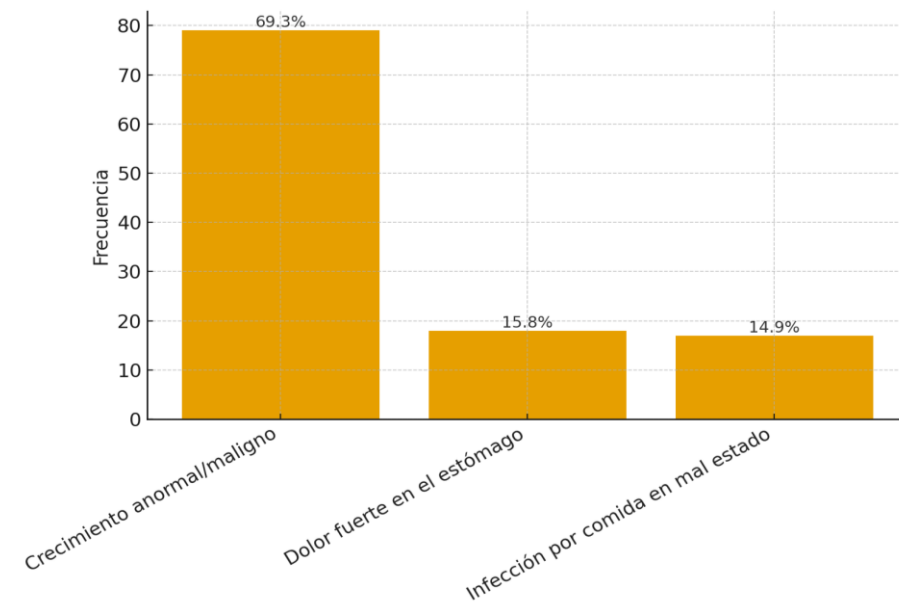
VI. RESULTADOS

6.1 OBJETIVO 1.

Determinar el conocimiento que tienen las personas adultas seleccionados como muestra sobre generalidades del cáncer gástrico.

SECCIÓN I: CONOCIMIENTOS SOBRE GENERALIDADES DEL CÁNCER GÁSTRICO

Grafica 1. Resultados pregunta 1 sobre conocimiento de la definición de cáncer gástrico.



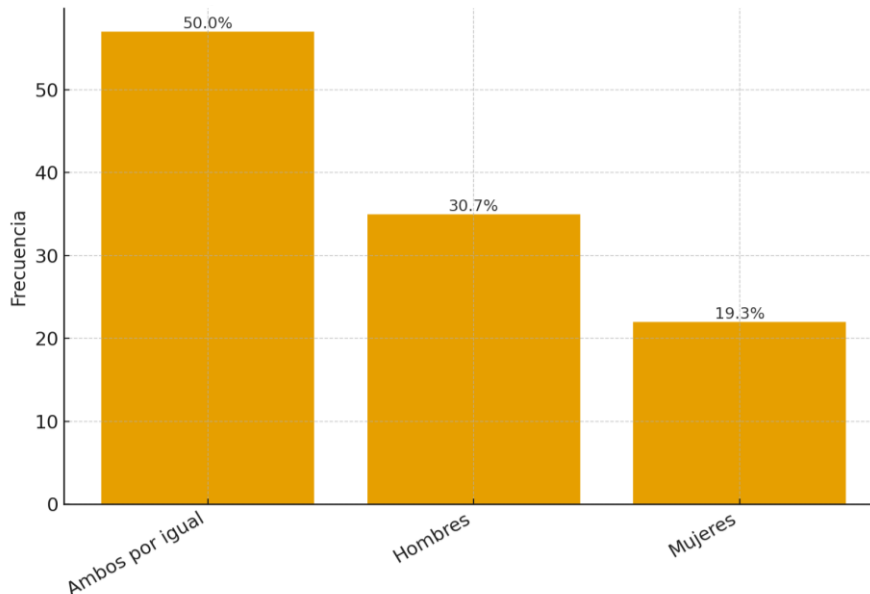
Fuente: *Instrumento de recolección de datos de investigación “Nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico en adultos que acuden a unidades de salud Comasagua y Victoria, agosto, 2025”. Sección I: conocimientos sobre generalidades del cáncer gástrico. Pregunta 1.*

INTERPRETACIÓN:

De un total de 114 encuestados, el grafico muestra que se obtuvieron los siguientes resultados: 79 personas consideran que el cáncer gástrico es cuando las células del estómago crecen anormalmente y puede ser maligno representando el 69.3% del total. 18 personas consideran que el cáncer gástrico es un dolor fuerte en el estómago que no deja dormir representando el 15.8% del total. Y 17 personas consideran que el cáncer gástrico es una infección por comer comida en mal estado representando el 14.9% del total. Se observa que la mayoría de

encuestados consideran que el cáncer gástrico es cuando las células del estómago crecen anormalmente y puede ser maligno

Grafica 2. Resultado pregunta 2 sobre conocimiento de la incidencia de cáncer gástrico.

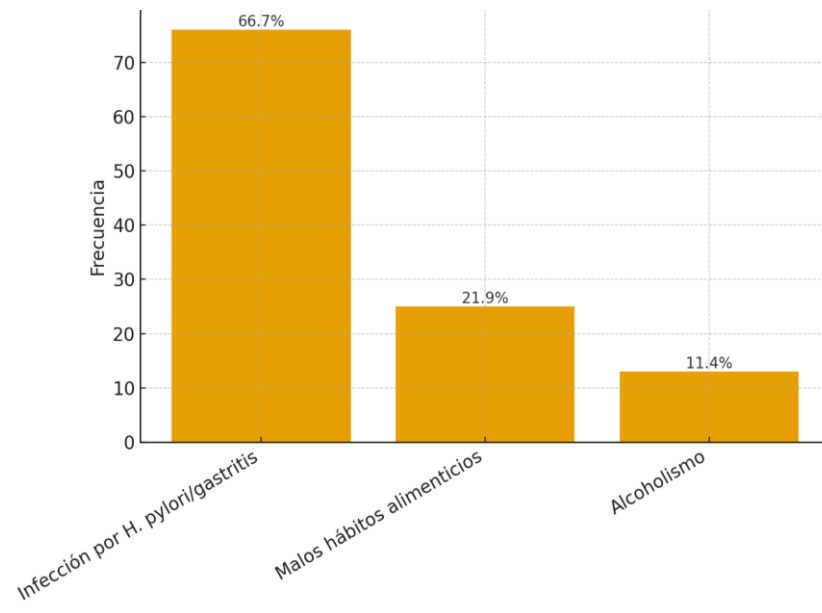


Fuente: *Instrumento de recolección de datos de investigación “Nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico en adultos que acuden a unidades de salud Comasagua y Victoria, agosto, 2025”. Sección I: conocimientos sobre generalidades del cáncer gástrico. Pregunta 2.*

INTERPRETACIÓN:

De un total de 114 encuestados, el grafico muestra que se obtuvieron los siguientes resultados: 57 personas respondieron que el cáncer de estómago es más frecuente en ambos por igual representando el 50.0% del total. 35 personas respondieron que el cáncer de estómago es más frecuente en hombres representando el 30.7% del total. 22 personas respondieron que el cáncer de estómago es más frecuente en mujeres representando el 19.3% del total. Se observa que la mayoría de encuestados consideran que el cáncer gástrico es más frecuente en ambos sexos por igual.

Grafica 3. Resultado de pregunta 3 sobre conocimiento de la principal etiología de cáncer gástrico.

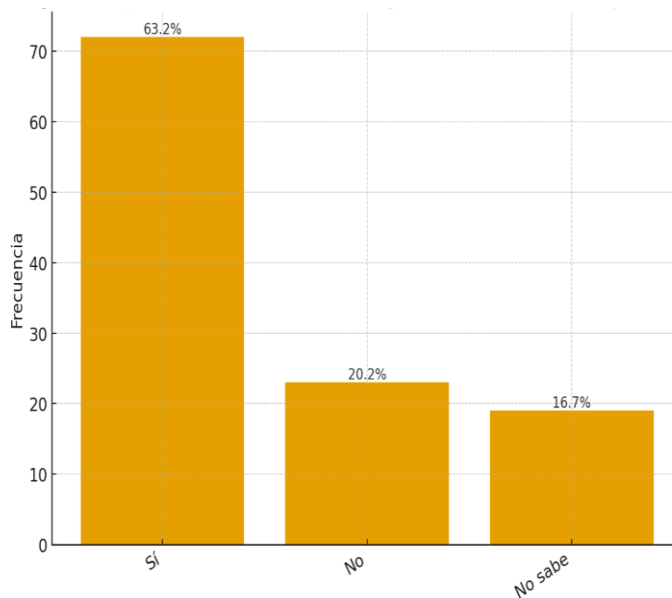


Fuente: *Instrumento de recolección de datos de investigación “Nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico en adultos que acuden a unidades de salud Comasagua y Victoria, agosto, 2025”. Sección I: conocimientos sobre generalidades del cáncer gástrico. Pregunta 3.*

INTERPRETACIÓN:

De un total de 114 encuestados, el gráfico muestra que se obtuvieron los siguientes resultados: 76 personas respondieron que lo más común que te cause cáncer de estómago es la infección por la bacteria de la gastritis, esta opción representando el 66.7% del total. 25 personas respondieron que lo más común que te cause cáncer de estómago son los malos hábitos alimenticios representando el 21.9% del total. 13 personas respondieron que lo más común que te cause cáncer de estómago es el alcoholismo representando el 11.4% del total. Se observa que la mayoría de encuestados consideran que lo más común que te cause cáncer de estómago es la infección por la bacteria de la gastritis

Grafica 4. Resultado de pregunta 4 sobre conocimiento del componente hereditario como causa de cáncer gástrico.

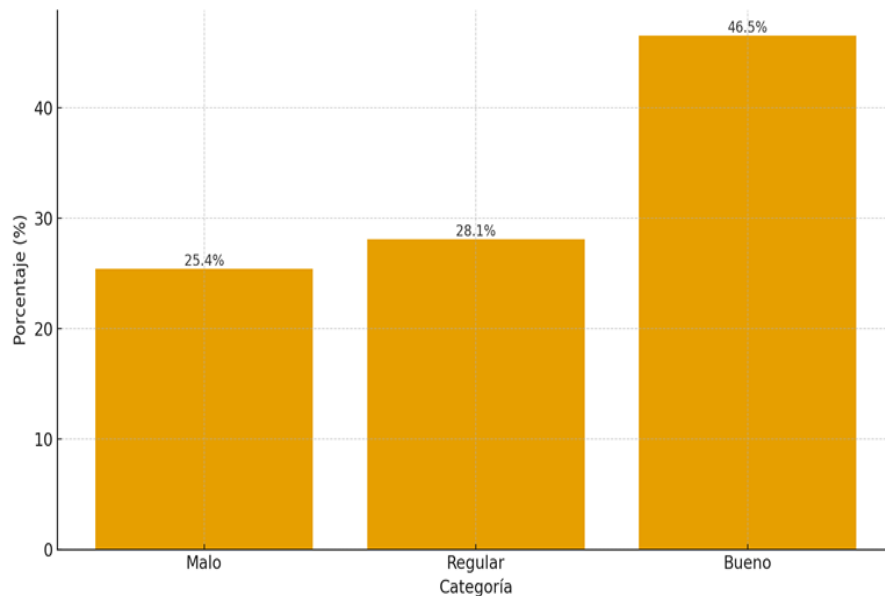


Fuente: *Instrumento de recolección de datos de investigación “Nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico en adultos que acuden a unidades de salud Comasagua y Victoria, agosto, 2025”. Sección I: conocimientos sobre generalidades del cáncer gástrico. Pregunta 4.*

INTERPRETACIÓN:

De un total de 114 encuestados, el gráfico muestra que se obtuvieron los siguientes resultados: 72 personas respondieron que si pueden padecer de cáncer de estómago si tienen familiares que lo han padecido, representando el 63.2% del total. 23 personas respondieron que no pueden padecer de cáncer de estómago si tienen familiares que lo han padecido representando el 20.2% del total. 19 personas respondieron que no saben si pueden padecer de cáncer de estómago si tienen familiares que lo han padecido representando el 16.7% del total. Se observa que la mayoría de encuestados consideran si pueden padecer de cáncer de estómago si tienen familiares que lo han padecido

Grafica 5. Resultados de Sección I: Conocimientos sobre generalidades del cáncer gástrico.



Fuente: *Instrumento de recolección de datos de investigación “Nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico en adultos que acuden a unidades de salud Comasagua y Victoria, agosto, 2025”. Sección I: conocimientos sobre generalidades del cáncer gástrico.*

INTERPRETACIÓN:

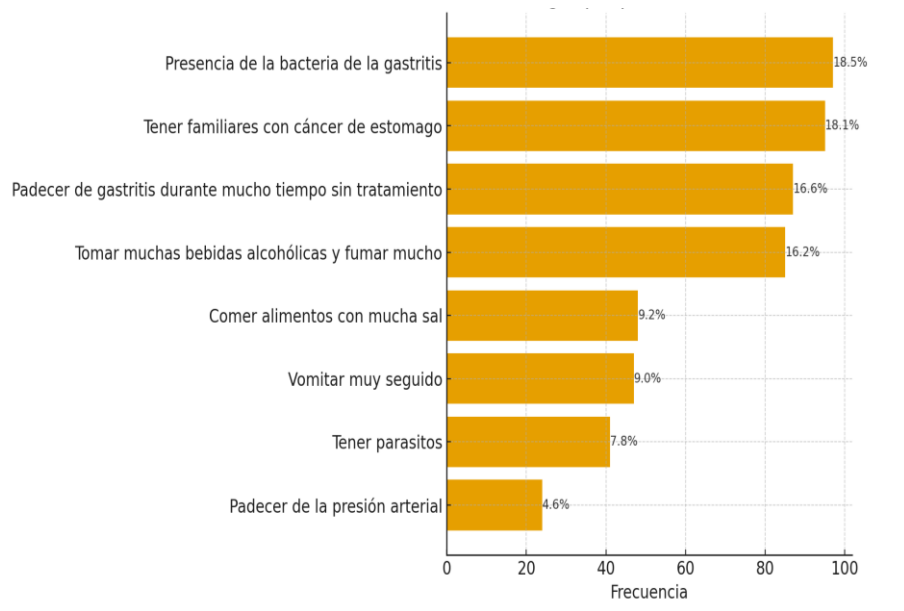
De un total de 114 encuestados, el gráfico muestra que se obtuvieron los siguientes resultados: El 25.4% se clasificó en la categoría Malo, el 28.1% obtuvo una categoría Regular y el 46.5% de los encuestados alcanzó un nivel de conocimiento Bueno. Se observa que la mayoría de encuestados se encontraron en la categoría de bueno.

6.2 OBJETIVO 2.

Determinar los factores de riesgo de cáncer gástrico conocidos por la muestra seleccionada

SECCIÓN II: CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER GÁSTRICO

Grafica 6. Resultados de pregunta 5 sobre factores de riesgo de cáncer gástrico.



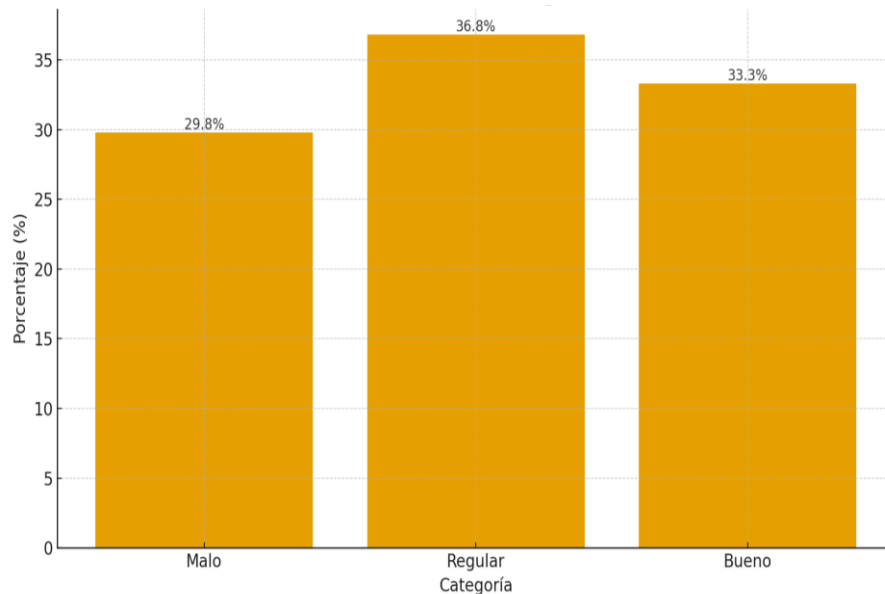
Fuente: *Instrumento de recolección de datos de investigación “Nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico en adultos que acuden a unidades de salud Comasagua y Victoria, agosto, 2025”. Sección II: Conocimientos sobre factores de riesgo de cáncer gástrico. Pregunta 5.*

INTERPRETACIÓN:

De un total de 114 encuestados, el grafico muestra que se obtuvieron los siguientes resultados: 97 personas respondieron que la presencia de la bacteria de la gastritis es un factor de riesgo para cáncer gástrico, esta opción representando el 18.5% del total. 95 personas respondieron que la tener familiares con cáncer de estómago es un factor de riesgo para cáncer gástrico representando el 18.1% del total. 87 personas respondieron que padecer de gastritis durante mucho tiempo sin tratamiento es un factor de riesgo para cáncer gástrico representando el 16.6% del total. 85 personas respondieron que tomar muchas bebidas alcohólicas y fumar mucho es un factor de riesgo para cáncer gástrico representando el 16.2% del total. 48 personas respondieron que comer alimentos con mucha sal es un factor de riesgo para cáncer gástrico representando el 9.2% del total. 47 personas respondieron que vomitar muy seguido es un factor de riesgo para cáncer gástrico representando el 9.0% del total. 41 personas respondieron que tener parásitos es un factor de riesgo para cáncer gástrico representando el 7.8% del total. 24 personas respondieron que padecer de la presión arterial es un factor de riesgo para cáncer gástrico representando el 4.6% del total. Se observó que las tres opciones

más seleccionadas fueron la presencia de la bacteria de la gastritis, tener familiares con cáncer de estómago y padecer de gastritis durante mucho tiempo sin tratamiento

Grafica 7. Resultados de sección II: Conocimientos sobre factores de riesgo de cáncer gástrico



Fuente: *Instrumento de recolección de datos de investigación “Nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico en adultos que acuden a unidades de salud Comasagua y Victoria, agosto, 2025”. Sección II: Conocimientos sobre factores de riesgo de cáncer gástrico.*

INTERPRETACIÓN:

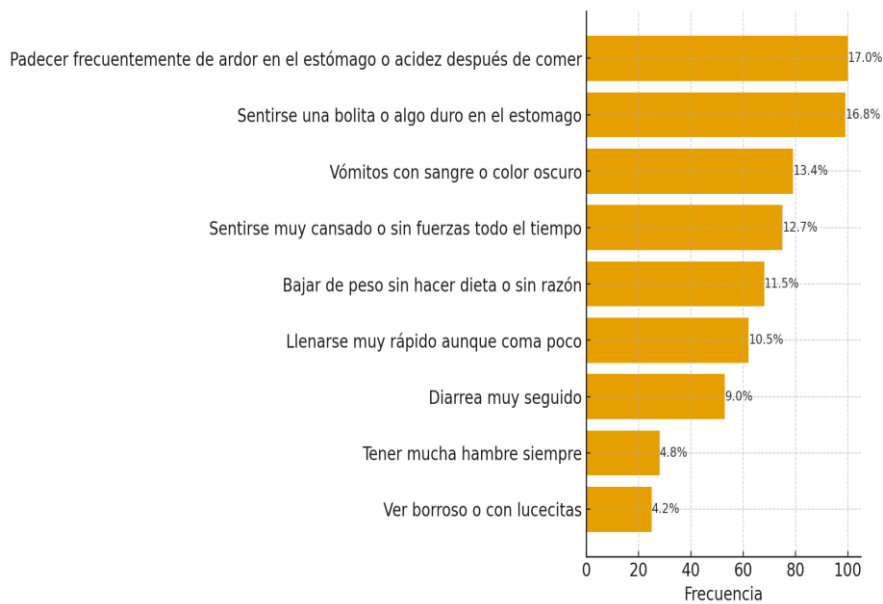
De un total de 114 encuestados, el gráfico muestra que se obtuvieron los siguientes resultados: El grupo mayoritario se ubicó en la categoría Bueno, con un 33.3%. El 36.8% mostró un conocimiento Regular. El 29.8% se encontró en la categoría Malo.

6.3 OBJETIVO 3

Indagar sobre las manifestaciones clínicas de cáncer gástrico conocidos por los adultos que constituyen la muestra

SECCIÓN III: CONOCIMIENTOS SOBRE MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL CÁNCER GÁSTRICO

Grafica 8. Resultados de pregunta 6 sobre manifestaciones clínicas de cáncer gástrico



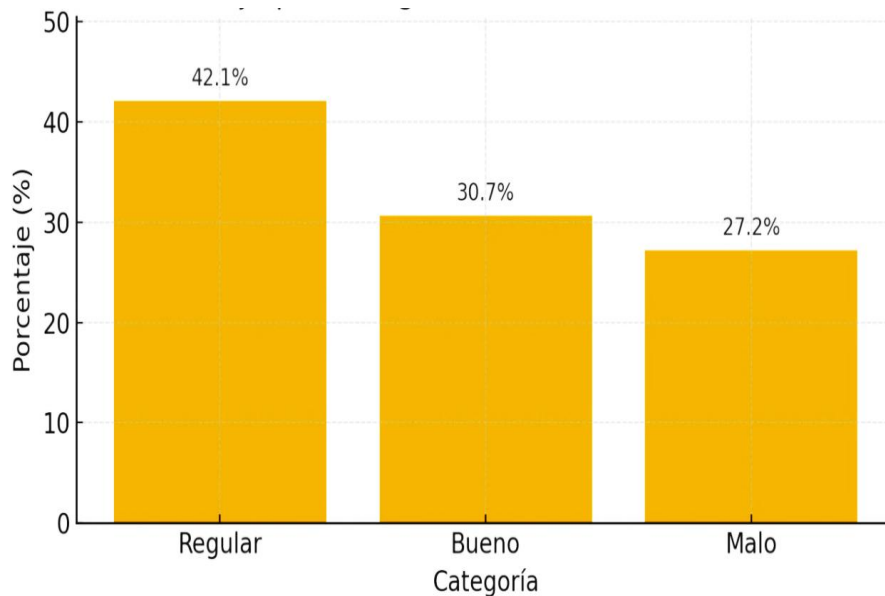
Fuente: *Instrumento de recolección de datos de investigación “Nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico en adultos que acuden a unidades de salud Comasagua y Victoria, agosto, 2025”. Sección III: Conocimientos sobre factores de riesgo de cáncer gástrico. Pregunta 6.*

INTERPRETACIÓN:

De un total de 114 encuestados, el gráfico muestra que se obtuvieron los siguientes resultados: 100 personas respondieron que padecer de ardor en el estómago o acidez después de comer es una manifestación clínica del cáncer gástrico representando el 17.0% del total. 99 personas respondieron sentirse una bolita o algo duro en el estómago representando el 16.8% del total. 79 personas respondieron vómitos con sangre o color oscuro, representando el 13.4% del total. 75 personas respondieron sentirse muy cansado o sin fuerzas todo el tiempo representando el 12.7% del total. 68 personas respondieron bajar de peso sin hacer dieta o sin razón

representando el 11.5% del total. 62 personas respondieron llenarse muy rápido, aunque coma poco representando el 10.5% del total. 53 personas respondieron diarrea muy seguido, representando el 9.0% del total. 28 personas respondieron tener mucha hambre siempre, representando el 4.8% del total. 25 personas respondieron ver borroso o con lucecitas representando el 4.2% del total. Se observó que las tres opciones más seleccionadas fueron padecer de ardor en el estómago o acidez después de comer, sentirse una bolita o algo duro en el estómago, vómitos con sangre o color oscuro.

Grafica 9. Resultados de sección III. Conocimientos sobre manifestaciones clínicas de cáncer gástrico.



Fuente: *Instrumento de recolección de datos de investigación “Nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico en adultos que acuden a unidades de salud Comasagua y Victoria, agosto, 2025”. Sección III: Conocimientos sobre manifestaciones clínicas de cáncer gástrico*

INTERPRETACIÓN:

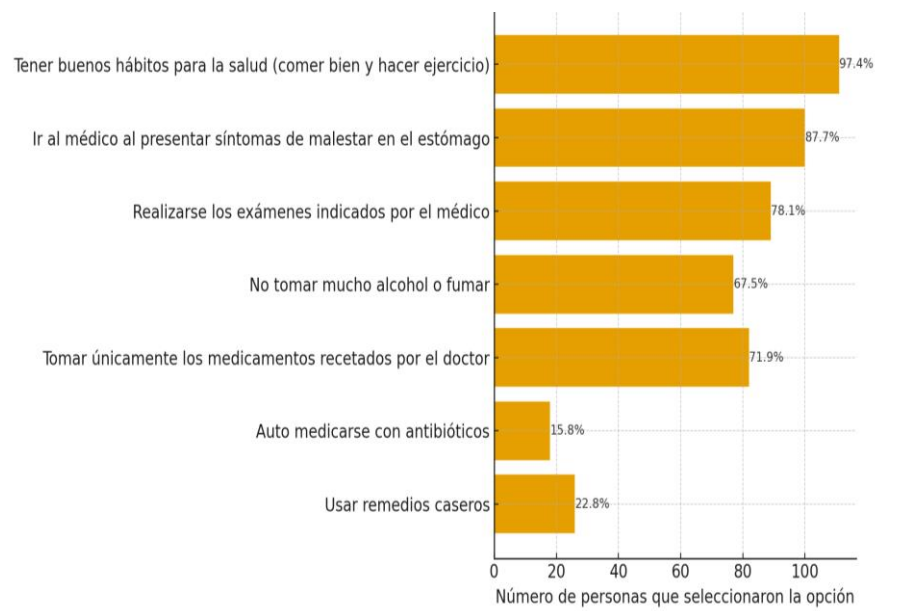
De un total de 114 encuestados, el grafico muestra que se obtuvieron los siguientes resultados: El 30.7% de los participantes alcanzó un nivel Bueno. Un 42.1% se ubicó en la categoría Regular. El 27.2% restante mostró un conocimiento Malo. Se observa que la mayoría de encuestados se encontraron en la categoría de Regular.

6.4 OBJETIVO 4.

Establecer el conocimiento que poseen los adultos sobre las medidas de prevención del cáncer gástrico

SECCIÓN IV: CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER GÁSTRICO

Grafica 11. Resultado de pregunta 7 sobre medidas de prevención de cáncer gástrico.



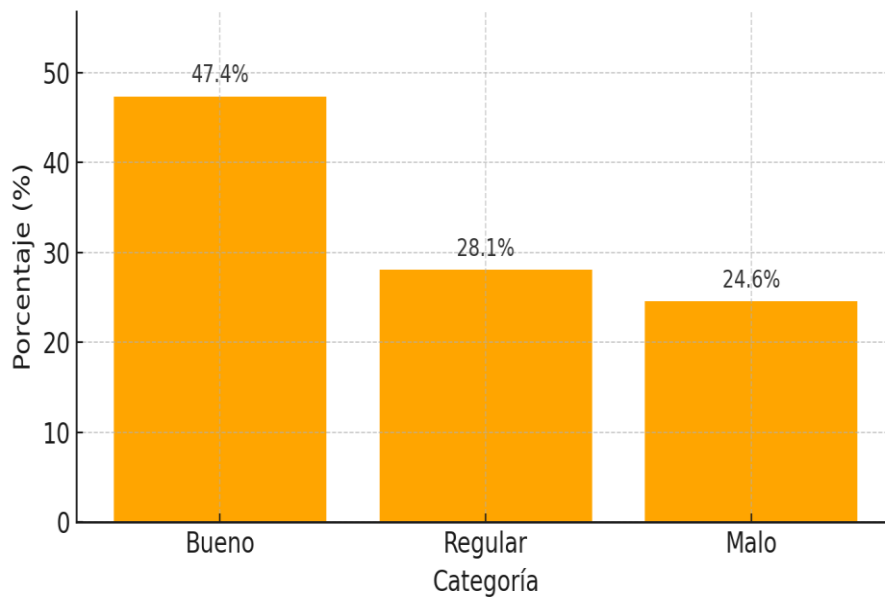
Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación “Nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico en adultos que acuden a unidades de salud Comasagua y Victoria, agosto, 2025”. Sección IV: Conocimientos sobre medidas de prevención de cáncer gástrico.

INTERPRETACIÓN:

De un total de 114 encuestados, el gráfico muestra que se obtuvieron los siguientes resultados: 111 personas respondieron que una medida de prevención para cáncer de estómago es tener buenos hábitos para la salud, como comer bien y hacer ejercicio representando el 97.4% del total. 100 personas respondieron ir al médico al presentar síntomas de malestar en el estómago que no se quitan, representando el 87.7% del total. 89 personas respondieron realizarse los exámenes indicados por el médico, representando el 78.1% del total. 77 personas respondieron no tomar mucho alcohol o fumar, representando el 67.5% del total. 82 personas respondieron

tomar únicamente los medicamentos recetados por el doctor representando el 71.9% del total. 18 personas respondieron auto medicarse con antibióticos representando el 15.8% del total. 26 personas respondieron usar remedios caseros representando el 22.8% del total.

Grafica 11. Resultados de Sección IV: Conocimientos sobre medidas de prevención de cáncer gástrico.



Fuente: Instrumento de recolección de datos de investigación “Nivel de conocimiento sobre cáncer gástrico en adultos que acuden a unidades de salud Comasagua y Victoria, agosto, 2025”. Sección IV: Conocimientos sobre medidas de prevención de cáncer gástrico.

INTERPRETACIÓN:

De un total de 114 encuestados, el grafico muestra que se obtuvieron los siguientes resultados: Solo un 47.4% de la población alcanzó un conocimiento Bueno. El 28.1% se clasificó como Regular. Un 24.6% obtuvo la categoría Malo. Se observa que la mayoría de encuestados se encontraron en la categoría de Bueno.

VII. DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de la población encuestada muestran que la muestra total estuvo conformada por 114 personas adultas provenientes de las unidades de salud de Comasagua y Victoria. En cuanto al sexo, predominó ampliamente el femenino con un 65.8% (75 participantes), frente a un 34.2% masculino (39 participantes), lo que refleja una mayor participación de mujeres en el estudio. Respecto a la residencia, se identificó que la mayoría de los encuestados provenían de zonas rurales (57.9%, equivalente a 66 personas), mientras que el 42.1% (48 personas) residía en áreas urbanas.

En relación con el nivel educativo, un 43.9% (50 personas) alcanzó únicamente el nivel básico, un 25.4% (29 personas) contaba con estudios de bachillerato y solo un 9.6% (11 personas) tenía formación universitaria. Por otro lado, un 21.1% (24 personas) manifestó no poseer ningún nivel de escolaridad, lo que representa un segmento importante de la muestra con limitaciones en el acceso a información formal. En cuanto a la ocupación, la mayor proporción correspondió a amas de casa (42.1%, 48 personas), seguidas de empleados informales (34.2%, 39 personas), empleados formales (20.2%, 23 personas) y un 3.5% (4 personas) que declararon no tener ninguna ocupación.

En síntesis, la muestra analizada estuvo compuesta en su mayoría por mujeres residentes en áreas rurales, con bajo nivel de escolaridad y ocupaciones vinculadas al ámbito doméstico o al trabajo informal. Este perfil coincide con lo descrito en el marco teórico, donde se destaca que en las comunidades rurales y semiurbanas el acceso a información de salud es limitado y la participación en actividades de promoción y prevención suele ser reducida, lo que condiciona de manera directa el nivel de conocimiento sobre enfermedades como el cáncer gástrico.

El nivel de conocimiento general sobre cáncer gástrico evidenció que el 46.5% de los encuestados presentó un conocimiento Bueno, el 28.1% Regular y el 25.4% Malo. Un hallazgo relevante es que la mayoría de los participantes reconoció correctamente a la infección por *Helicobacter pylori* como la causa principal de esta enfermedad; sin embargo, se observó confusión en cuanto a la distribución por sexo, pues el 50% consideró que el cáncer gástrico afecta por igual a hombres y mujeres.

Este resultado contrasta con lo señalado en el marco teórico, donde se establece que el cáncer gástrico es más frecuente en hombres, manteniendo una relación estimada de 1.5 a 2 veces mayor en comparación con las mujeres. Asimismo, la literatura coincide en que la infección por *H. pylori* constituye el principal factor etiológico, hallazgo que sí fue identificado correctamente por gran parte de la muestra.

En cuanto a la influencia de las características sociodemográficas, el predominio de mujeres en la población encuestada (65.8%) puede haber condicionado la percepción errónea de que ambos sexos se ven afectados por igual. De igual manera, los bajos niveles educativos, ya que el 65% de los participantes tenía únicamente escolaridad básica o ninguna, limitan el acceso a información epidemiológica actualizada y podrían explicar las deficiencias en el conocimiento observado.

En los factores de riesgo del cáncer gástrico, los resultados muestran que el 33.3% de los encuestados alcanzó un nivel de conocimiento Bueno, el 36.8% Regular y el 29.8% Malo. Dentro de las respuestas correctas, se identificó de manera adecuada a la infección por *Helicobacter pylori* y a los antecedentes familiares como elementos de riesgo; sin embargo, se observó una clara subestimación de factores igualmente relevantes, como la dieta alta en sal, la obesidad y la presencia de lesiones pre malignas, que fueron poco reconocidos por la población.

En la bibliografía de este trabajo se enfatiza que los factores de riesgo se dividen en modificables entre ellos la dieta, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la obesidad y las lesiones pre malignas y no modificables, como la edad avanzada, el sexo masculino, la predisposición genética y el grupo sanguíneo A. La escasa identificación de los factores dietéticos y metabólicos revela un vacío de conocimiento que limita la percepción integral del riesgo en esta población.

La influencia de las características sociodemográficas resulta clave para explicar este hallazgo. El hecho de que una mayoría de los participantes pertenezca a la zona rural (57.9%) y que más del 72% se desempeñe como ama de casa o trabajador informal condiciona la manera en que se interpreta la relación entre alimentación y enfermedad. En estos contextos, el consumo de alimentos procesados, salados o con escaso valor nutricional no siempre es percibido como un

factor dañino para la salud, lo que favorece la subvaloración de los riesgos dietéticos en el desarrollo del cáncer gástrico.

En cuanto a las manifestaciones clínicas del cáncer gástrico, los resultados reflejan que únicamente el 30.7% de los participantes alcanzó un nivel de conocimiento Bueno, mientras que el 42.1% se ubicó en la categoría Regular y el 27.2% en la categoría Malo. La mayoría de los encuestados logró identificar síntomas graves y avanzados de la enfermedad, como los vómitos con sangre y la presencia de una masa abdominal palpable; sin embargo, se evidenció un desconocimiento respecto a los síntomas iniciales, tales como la saciedad precoz, que resultan fundamentales para un diagnóstico oportuno. Llama también la atención que algunos participantes mencionaron síntomas no relacionados con la patología, como la diarrea frecuente o los trastornos visuales, lo que denota confusión en el reconocimiento de las señales clínicas.

Bibliográficamente se señala que los síntomas iniciales suelen ser inespecíficos y poco reconocidos, lo cual constituye una de las principales razones por las que el cáncer gástrico se diagnostica con frecuencia en etapas avanzadas. La dificultad para identificar tempranamente las manifestaciones clínicas representa, por tanto, una barrera significativa en la atención y pronóstico de los pacientes.

La influencia de las características sociodemográficas también resulta determinante. En esta muestra, un 21.1% de los participantes no tenía estudios formales y un 43.9% únicamente había alcanzado el nivel básico de escolaridad. Estos bajos niveles educativos limitan el acceso a información médica confiable y explican en parte la confusión observada, tanto en la subvaloración de síntomas tempranos como en la asociación errónea de signos clínicos no relacionados con la enfermedad.

En relación con las medidas de prevención del cáncer gástrico, los resultados muestran que el 47.4% de los encuestados alcanzó un nivel de conocimiento Bueno, mientras que el 28.1% se clasificó en la categoría Regular y el 24.6% en la categoría Malo. Entre las respuestas más destacadas se reconocieron la importancia de mantener hábitos saludables, acudir al médico de forma temprana ante la presencia de síntomas y la realización de exámenes médicos indicados, lo que refleja cierta apropiación de prácticas preventivas. No obstante, aún persisten conductas de riesgo en la población, ya que un 15.8% refirió auto medicarse con antibióticos y un 22.8%

mencionó el uso de remedios caseros, prácticas que carecen de respaldo científico y que pueden retrasar un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Al examinar estos hallazgos con lo señalado en el marco teórico, donde la prevención se aborda de manera integral: en el nivel primario, se destacan la erradicación del *Helicobacter pylori*, la adopción de estilos de vida saludables y la eliminación de hábitos nocivos como el tabaquismo y el consumo de alcohol; en el nivel secundario, se recomienda el tamizaje en poblaciones de alto riesgo mediante endoscopia para la detección precoz; y en el nivel terciario, se enfatiza la importancia de un tratamiento oportuno, el seguimiento clínico y la rehabilitación integral del paciente.

Cabe destacar que en base a los niveles de conocimiento analizamos que los encuestados con nivel de conocimiento malo no se consideran que tengan un dominio básico de los contenidos clave ya que las respuestas correctas fueron inferiores a la mitad. Aquellos con nivel de conocimiento regular se considera poseen un dominio parcial; conoce varios conceptos, pero con lagunas importantes. Y quienes tuvieron un nivel de conocimiento bueno posee un dominio adecuado o aceptable del contenido.

La influencia de las características sociodemográficas resulta clave en este apartado. La elevada proporción de amas de casa (42.1%) y de personas residentes en áreas rurales condiciona la persistencia de prácticas culturales arraigadas, como el uso de remedios caseros o la automedicación, que sustituyen o retrasan la consulta médica formal. Esto refuerza la necesidad de implementar intervenciones educativas comunitarias adaptadas al contexto social y cultural, con el fin de promover el abandono de estas prácticas inadecuadas y fomentar conductas preventivas basadas en evidencia científica

El análisis del nivel de conocimiento general sobre cáncer gástrico en la población estudiada evidencia que el 46.5% de los participantes se ubicó en la categoría Regular, el 27.2% en la categoría Mala y únicamente el 26.3% alcanzó un nivel Bueno. Estos resultados reflejan un panorama en el que predomina un conocimiento intermedio, es decir, casi la mitad de la población cuenta con nociones básicas sobre el tema, aunque persisten vacíos importantes en aspectos esenciales como el reconocimiento de los factores de riesgo y de los síntomas iniciales de la enfermedad.

El porcentaje de personas que lograron un nivel Bueno es limitado, ya que menos de un tercio de los encuestados alcanzó esta categoría. Este hallazgo guarda relación con el perfil sociodemográfico de la muestra, caracterizado por bajos niveles de escolaridad y predominio de población rural, lo cual influye directamente en el acceso restringido a información de salud confiable y en la apropiación incompleta de conocimientos biomédicos.

Por otra parte, resulta relevante destacar que más de una cuarta parte de la muestra (27.2%) presentó un nivel Malo de conocimiento, lo que constituye un grupo poblacional particularmente vulnerable. Este sector, al no poseer información adecuada, podría retrasar la consulta médica y el diagnóstico oportuno, aumentando el riesgo de detectar la enfermedad en estadios avanzados, con las consecuencias negativas que ello implica para el tratamiento y el pronóstico.

VIII. CONCLUSIONES

1. La mayoría de los adultos encuestados en las Unidades de Salud de Comasagua y Victoria presentó un nivel de conocimiento regular a bueno sobre el cáncer gástrico. Esto refleja la existencia de información básica en la población, pero con vacíos importantes en aspectos específicos que limitan la identificación temprana y la prevención de la enfermedad.
2. Los encuestados demostraron un dominio aceptable de los conceptos básicos, etiología y epidemiología del cáncer gástrico. Destaca que un número significativo de personas identificó correctamente la relación de la enfermedad con la infección por *Helicobacter pylori* y la influencia de los antecedentes familiares, lo cual permitió que esta dimensión se ubicara mayoritariamente en la categoría de bueno.
3. Aunque se reconocieron los principales factores de riesgo, como la infección por *Helicobacter pylori*, los hábitos de consumo de tabaco y alcohol, y la presencia de antecedentes familiares, persisten deficiencias en el conocimiento sobre otros factores modificables y no modificables. La distribución de las respuestas colocó esta dimensión en una categoría regular, lo que evidencia la necesidad de reforzar la educación comunitaria en torno a estilos de vida saludables y riesgos asociados a la dieta.
4. El conocimiento sobre los signos y síntomas del cáncer gástrico fue insuficiente en gran parte de la muestra. Si bien se identificaron algunas manifestaciones avanzadas, como vómitos con sangre y pérdida de peso inexplicada, otros síntomas iniciales resultaron poco reconocidos. En consecuencia, esta dimensión se clasificó predominantemente en la categoría regular, con una proporción considerable de encuestados en la categoría malo.
5. Los adultos encuestados mostraron un mayor grado de conocimiento en lo referente a medidas preventivas, especialmente en relación con la erradicación de *Helicobacter pylori*, la importancia de los estilos de vida saludables y la consulta temprana. Esto permitió ubicar esta dimensión en la categoría de bueno, lo que evidencia un área de fortaleza que puede ser aprovechada para consolidar estrategias de promoción y prevención.

6. El estudio confirma que, aunque la población posee nociones generales sobre el cáncer gástrico, existen deficiencias críticas en el reconocimiento de factores de riesgo y manifestaciones clínicas, lo cual constituye una limitante para la detección temprana y el abordaje oportuno. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de diseñar e implementar intervenciones educativas continuas, dirigidas a mejorar el nivel de conocimiento y fomentar prácticas preventivas en comunidades rurales y semiurbanas como Comasagua y Victoria.

IX. RECOMENDACIONES

1. Desarrollar e implementar programas de promoción dirigidos a la población adulta de Comasagua y Victoria, que incluyan información clara sobre la definición, causas, factores de riesgo y manifestaciones clínicas del cáncer gástrico, utilizando métodos accesibles, como charlas comunitarias, talleres participativos y material visual adaptado al nivel educativo de la población.
2. Promover campañas de sensibilización orientadas a que la comunidad identifique tempranamente los signos y síntomas del cáncer gástrico, especialmente aquellos que suelen pasar desapercibidos en etapas iniciales (dispepsia, saciedad temprana, pérdida de apetito, fatiga). Esto permitirá fomentar la consulta oportuna y la detección temprana.
3. Diseñar estrategias educativas que destaquen la importancia de reducir el consumo de sal, alcohol y tabaco, así como fomentar la ingesta de frutas y verduras frescas. Además, enfatizar el papel de la obesidad y los hábitos alimentarios en la génesis de esta enfermedad.
4. Favorecer la implementación de tamizajes en grupos de alto riesgo, incluyendo la detección de *Helicobacter pylori* y el seguimiento de pacientes con antecedentes familiares o lesiones pre malignas que puedan ser realizadas a nivel nacional por medio del ministerio de salud, iniciando desde primer nivel. Estas acciones deben complementarse con educación sobre la importancia de los chequeos médicos periódicos.
5. Brindar formación permanente a médicos, enfermeras y promotores de salud de las unidades de Comasagua y Victoria, con el fin de que refuercen sus competencias en educación preventiva, diagnóstico temprano y orientación comunitaria sobre cáncer gástrico.
6. Coordinar esfuerzos con instituciones educativas, gobiernos locales y organizaciones comunitarias para expandir el alcance de las actividades de prevención y educación iniciando desde brindar charlas en centros escolares para inculcar cambios en el estilo de

vida desde la infancia. El trabajo conjunto facilitará la generación de cambios sostenibles en el conocimiento y las prácticas de la población.

7. Ampliar estudios similares en otras comunidades rurales y semiurbanas del país, con el fin de contar con un panorama nacional sobre el nivel de conocimiento de la población salvadoreña en torno al cáncer gástrico y diseñar políticas de salud pública basadas en evidencia.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento del cáncer gástrico (PDQ®): versión para profesionales de la salud [Internet]. 2025 [citado 28 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/types/stomach/hp/stomach-treatment-pdq>
2. Instituto Nacional del Cáncer. Etapas del cáncer de estómago [Internet]. 2023 [citado 27 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/types/stomach/stages>
3. SEER. Estadísticas de cáncer: cáncer de estómago [Internet]. 2025 [citado 24 Mar 2025]. Disponible en: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/stomach.html>
4. Ilic M, Ilic I. Epidemiología del cáncer gástrico. World J Gastroenterol. 2022;28(12):1187-203.
5. American Cancer Society. What is stomach cancer? [Internet]. 2021 [citado 23 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/types/stomach-cancer/about/what-is-stomach-cancer.html>
6. Medscape. Gastric Cancer: background, anatomy, pathophysiology [Internet]. 2025 [citado 16 Mar 2025]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/278744-overview>
7. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today (GLOBOCAN 2022) [Internet]. 2024 [citado 20 Mar 2025]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today>
8. IARC. El Salvador: fact sheet (GLOBOCAN) [Internet]. 2024 [citado 19 Mar 2025]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/222-el-salvador-fact-sheet.pdf>
9. Aslani A, et al. Trends in gastric cancer incidence in the United States, 2000–2019. PLoS One. 2024;19(4):e0310040.
10. World Cancer Research Fund. Stomach cancer: diet, nutrition, physical activity and cancer [Internet]. 2016 [citado 28 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2024/10/stomach-cancer-report.pdf>
11. World Cancer Research Fund. Stomach cancer risk factors overview [Internet]. 2025 [citado 27 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-types/stomach-cancer/>
12. IARC. Cancer Today—Data visualization (GLOBOCAN 2022) [Internet]. 2024 [citado 24 Mar 2025]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie>

13. Correa P, Piazuelo MB. La cascada precancerosa gástrica. *Rev Enferm Dig.* 2012;13(1):2-9.
14. Li W, et al. Precancerous pathways toward gastric cancer: a review. *Cancers (Basel).* 2025;17(3):612.
15. Duan Y, et al. Helicobacter pylori and gastric cancer: mechanisms and new insights. *Hematol Oncol Rev.* 2025;18:50.
16. Wang H, et al. CagA virulence protein–induced signaling pathway review. *Front Cell Infect Microbiol.* 2023;13:1186921.
17. Xi Y, et al. Helicobacter pylori regulates gastric diseases through multiple signaling pathways. *Cell Commun Signal.* 2023;21:117.
18. Ma J, et al. Lauren classification and individualized chemotherapy in gastric cancer. *World J Gastroenterol.* 2016;22(3):682-93.
19. Ooki A, et al. Precision medicine dawn in diffuse gastric cancer. *Gastric Cancer.* 2022;25(2):1-15.
20. ESMO. Hereditary gastrointestinal cancers: clinical practice guideline [Internet]. 2024 [citado 18 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.esmo.org/guidelines/esmo-clinical-practice-guideline-hereditary-gastrointestinal-cancers>
21. Wu B, et al. Dietary salt intake and gastric cancer risk: meta-analysis. *Nutrients.* 2021;13(12):4312.
22. Wu X, et al. Dietary salt intake and gastric cancer: dose-response meta-analysis. *Front Nutr.* 2022;9:955338.
23. Sharma N, et al. Dietary factors associated with gastric cancer: a review. *Transl Med Commun.* 2022;7:11.
24. Fang X, et al. Dietary salt intake and gastric cancer: dose–response meta-analysis. *Eur J Cancer Prev.* 2015;24(1):18-25.
25. Azizi N, et al. Body weight and gastric cancer risk: systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(7):5416.
26. Jang J, et al. BMI and gastric cancer risk: association. *Neurogastroenterol Motil.* 2022;28(3):430-42.

27. World Cancer Research Fund. Stomach cancer—risk & causes (salt, smoking, overweight) [Internet]. 2025 [citado 22 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-types/stomach-cancer/>
28. Huang X, et al. Aspirin/NSAIDs use and gastric cancer risk: meta-analysis. *Oncotarget*. 2016;7(44):73644-56.
29. Luan X, et al. Sex disparity in gastric cancer: systematic review. *Front Oncol*. 2022;12:998172.
30. Lou L, et al. Global sex differences in gastric cancer incidence 1990–2017. *BMJ Open*. 2020;10:e033323.
31. Yaghoobi M, et al. Gastric cancer risk in first-degree relatives: meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2017;23(14):2435-42.
32. Song M, et al. First-degree family history and gastric cancer risk: meta-analysis. *Eur J Cancer Prev*. 2018;27(6):511-7.
33. Mao Y, et al. Blood group A & AB linked to higher gastric cancer risk: genetic study. *BMC Cancer*. 2019;19:164.
34. Wang Z, et al. ABO blood group & gastric cancer: case–control study in China. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(12):6207-10.
35. American Cancer Society. Stomach cancer: signs & symptoms [Internet]. 2024 [citado 24 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/types/stomach-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-symptoms.html>
36. American Cancer Society. Stomach cancer: detection, diagnosis & staging [Internet]. 2024 [citado 24 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/types/stomach-cancer/detection-diagnosis-staging.html>
37. Ilic M, Ilic I. Epidemiología del cáncer gástrico. *World J Gastroenterol*. 2022;28(12):1187-203.
38. Li WQ, et al. Shandong trial follow-up: H. pylori treatment lowers gastric cancer incidence. *Gastroenterology*. 2019;156(3):528-36.e4.
39. Xu HM, et al. H. pylori treatment & gastric cancer risk: SIT & CKB cohorts. *Gut*. 2024;73(5):907-16.
40. Guo Y, et al. Lifestyle factors, vitamin/garlic supplementation & gastric cancer outcomes: SIT trial. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6):e206628.

41. ESGE–EHSg–ESP–SPED. MAPS II: Management of epithelial precancerous gastric lesions. *Endoscopy*. 2019;51(4):365-88.
42. American Gastroenterological Association. AGA guideline on gastric intestinal metaplasia. *Gastroenterology*. 2020;158(3):693-702.
43. Narii N, et al. Effectiveness of endoscopic screening for gastric cancer (Japan cohort). *Cancer Sci*. 2022;113(11):3817-28.
44. Sun D, et al. National gastric cancer screening & mortality—Korea. *Gastroenterology*. 2024;166(6):1261-73.e3.
45. Boateng GO, et al. Best practices for developing & validating health measurement scales. *Front Public Health*. 2018;6:149.
46. Mishra P, et al. Measurement scales & statistical data presentation. *Ann Card Anaesth*. 2018;21(1):4-11.
47. Moussi C, et al. School pre/post test classification in health education. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(1):123.
48. Orenstein GA, Lewis L. Erikson psychosocial development stages. *StatPearls* [Internet]. 2022 [citado 18 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556096/>
49. SimplyPsychology. Erikson’s stages of development [Internet]. 2025 [citado 21 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.simplypsychology.org/erik-erikson.html>
50. Banco Central de Reserva de El Salvador. Censo de Población y Vivienda 2024: geoportal y resultados departamentales [Internet]. 2024 [citado 20 Mar 2025]. Disponible en: <https://censo2024.bcr.gob.sv>

XI. ANEXOS

ANEXO 1. ETAPAS PSICOSOCIALES DEL DESARROLLO SEGÚN ERIK ERIKSON

ETAPA	EDAD APROXIMADA	ETAPA DEL DESARROLLO	ÁREA CLAVE DEL DESARROLLO
Prenatal	Concepción – nacimiento	Confianza vs. Desconfianza	Desarrollo físico intrauterino
Infancia	0 – 2 años	Autonomía vs. Vergüenza y Duda	Apego, percepción, motricidad, lenguaje
Primera infancia	2 – 6 años	Iniciativa vs. Culpa	Juego simbólico, socialización, lenguaje
Niñez intermedia	6 – 11 años	Laboriosidad vs. Inferioridad	Lógica concreta, competencias escolares
Adolescencia	12 – 18 años	Identidad vs. Confusión de Roles	Identidad, autonomía, pensamiento abstracto
Adultez temprana	19 – 29 años	Intimidad vs. Aislamiento	Intimidad, independencia, vocación
Adultez media	30 – 59 años	Generatividad vs. Estancamiento	Trabajo, familia, contribución social
Adultez tardía	60 años en adelante	Integridad vs. Desesperación	Sabiduría, reflexión, aceptación

ANEXO 2. ESQUEMA DE INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
 FACULTAD DE MEDICINA
 DOCTORADO EN MEDICINA
 TRABAJO DE GRADO

CUESTIONARIO “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER GÁSTRICO EN
 ADULTOS QUE ACUDEN A UNIDADES DE SALUD COMASAGUA Y VICTORIA,
 AGOSTO, 2025”

El presente cuestionario tiene como objetivo recopilar información sobre el conocimiento de cáncer gástrico que poseen los adultos que acuden a este establecimiento. Consta de una serie de preguntas. Por favor lea la pregunta con cuidado y selecciona la respuesta que considere la correcta. La información obtenida será utilizada únicamente con propósitos académicos, por lo que su identidad permanecerá anónima.

¡Gracias por su colaboración!

INSTRUCCIONES: Seleccione la opción que mejor se ajuste a su situación.

DISTRITO	Comasagua	EDAD:	RESIDENCIA	Zona Rural	
	Victoria			Zona Urbana	
SEXO	Femenino				
	Masculino				
NIVEL EDUCATIVO:	Nivel básico		OCUPACIÓN	Ama de casa	
	Bachillerato			Empleado formal	
	Universitario			Empleado informal	
	Ninguno			Ninguno	

SECCIÓN I: CONOCIMIENTOS SOBRE GENERALIDADES DEL CÁNCER GÁSTRICO

Indicaciones: Subraye la respuesta que considere correcta según sus conocimientos. (Cada respuesta correcta corresponde a 1 punto, respuestas incorrectas equivalen a 0 puntos)

1. **¿Qué entiende por cáncer de estómago?**
 - a. Es cuando las células del estómago crecen anormalmente y puede ser maligno (Respuesta correcta, equivale a 1 punto)
 - b. Es una infección por comer comida en mal estado.
 - c. Es un dolor fuerte en el estómago que no deja dormir.

2. **¿En quienes es más frecuente el cáncer de estómago?**
 - a. Hombres (Respuesta correcta equivale a 1 punto)
 - b. Mujeres
 - c. No se

3. **¿Cuál es la causa más común de Cáncer de estómago?**
 - a. Infección por bacteria de la gastritis (Respuesta correcta equivale a 1 punto)
 - b. Malos hábitos alimenticios
 - c. Alcoholismo

4. **¿Puedes padecer cáncer de estómago si tienes familiares que lo han padecido?**
 - a. Si (Respuesta correcta, equivale a 1 punto)
 - b. No
 - c. No se

SECCIÓN II: CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER GÁSTRICO

5. Seleccione de la siguiente lista cuáles pueden aumentar la posibilidad de que desarrolle cáncer de estómago (seleccione más de una si así considera) (Con cada respuesta correcta se obtendrá 1 punto, además por cada distractor seleccionado se restará 0.5 puntos)

Presencia de la bacteria de la gastritis	Respuesta correcta, equivale a 1 punto
Tener familiares con cáncer de estomago	Respuesta correcta, equivale a 1 punto
Padecer de gastritis durante mucho tiempo sin tratamiento	Respuesta correcta, equivale a 1 punto

Tomar muchas bebidas alcohólicas y fumar mucho	Respuesta correcta, equivale a 1 punto
Tener parásitos	Respuesta incorrecta, se resta 0.5 puntos
Comer alimentos con mucha sal	Respuesta correcta, equivale a 1 punto
Vomitarse muy seguido	Respuesta incorrecta, se resta 0.5 puntos
Padecer de la presión arterial	Respuesta incorrecta, se resta 0.5 puntos

SECCIÓN III: CONOCIMIENTOS SOBRE MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE CÁNCER GÁSTRICO

6. Seleccione de la siguiente lista cuáles síntomas puede presentar si tuviera cáncer de estómago (seleccione más de una si así considera) (Con cada respuesta correcta se obtendrá 1 punto, además por cada distractor seleccionado se restará 0.5 puntos)

Bajar de peso sin hacer dieta o sin razón	Respuesta correcta, equivale a 1 punto
Vómitos con sangre o color oscuro	Respuesta correcta, equivale a 1 punto
Tener mucha hambre siempre	Respuesta incorrecta, se resta 0.5 puntos
Diarrea muy seguido	Respuesta incorrecta, se resta 0.5 puntos
Sentirse muy cansado o sin fuerzas todo el tiempo	Respuesta correcta, equivale a 1 punto
Sentirse una bolita o algo duro en el estómago	Respuesta correcta, equivale a 1 punto
Ver borroso o con lucecitas	Respuesta incorrecta, se resta 0.5 puntos
Padecer frecuentemente de ardor en el estómago o acidez después de comer	Respuesta correcta, equivale a 1 punto
Llenarse muy rápido aunque coma poco	Respuesta correcta, equivale a 1 punto

SECCIÓN IV: CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO

7. Seleccione de la siguiente lista cuáles son las medidas que pueden evitarle desarrollar cáncer de estómago (seleccione más de una si así considera) (Con cada respuesta correcta se obtendrá 1 punto, además por cada distractor seleccionado se restará 0.5 puntos)

Tener buenos hábitos para la salud, como comer bien y hacer ejercicio	Respuesta correcta, equivale a 1 punto
Usar remedios caseros	Respuesta incorrecta, se resta 0.5 puntos
Ir al médico rápido al presentar síntomas de malestar en el estómago	Respuesta correcta, equivale a 1 punto
Tomar únicamente los medicamentos recetados por el doctor	Respuesta correcta, equivale a 1 punto
Realizarse los exámenes indicados por el médico	Respuesta correcta, equivale a 1 punto
No tomar mucho alcohol o fumar	Respuesta correcta, equivale a 1 punto
Auto medicarse con antibióticos	Respuesta incorrecta, se resta 0.5 puntos

ANEXO 3. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DIRECTOR DE UNIDAD DE SALUD COMASAGUA

Distrito de Comasagua, La Libertad Sur, 20 de Mayo de 2025

Dra. Xochitl Cabrera
Directora de Unidad de Salud Intermedia Comasagua
Ministerio de Salud
Presente.

Asunto: Solicitud de autorización para realizar recopilación de datos para trabajo de investigación de grado.

Reciba un cordial saludo. Por medio de la presente, me dirijo a usted con el fin de solicitar autorización para llevar a cabo en el establecimiento de salud, la investigación titulada: "Conocimiento sobre cáncer gástrico en adultos que acuden a Unidades de Salud Intermedia Comasagua y Victoria, durante julio y agosto, 2025", la cual se desarrollará como parte del proceso académico para obtener el título de Doctorado en medicina de la Universidad de El Salvador.

El propósito principal del estudio es identificar el conocimiento que posee la población adulta sobre el cáncer gástrico, incluyendo factores de riesgo, síntomas y medidas preventivas. Además, permitirá indagar sobre la presencia de síntomas dispépticos en la población seleccionada.

La investigación será de tipo descriptiva, sin intervención clínica, y se realizará mediante cuestionarios aplicados a usuarios adultos que voluntariamente acepten participar y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Se garantizará el respeto absoluto a la confidencialidad de los datos y a los principios éticos de la investigación en salud.

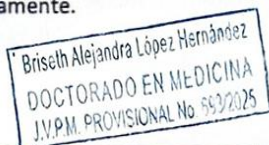
Solicito su autorización para acceder a las instalaciones de la unidad de salud, realizar la selección de muestra, obtener la recopilación de la información mediante el cuestionario y posteriormente realizar medidas de promoción constituidas por la entrega broshurs informativos sobre la temática y realización de charlas sobre la temática. Cabe mencionar que la información recolectada permitirá obtener datos que ayuden a establecer estrategias educativas que fortalezcan las acciones de promoción y prevención de esta enfermedad en el ámbito local.

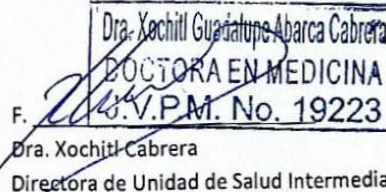
Además, me comprometo a entregar una copia de los resultados del estudio a la unidad de salud una vez finalizada la investigación, si así se requiere.

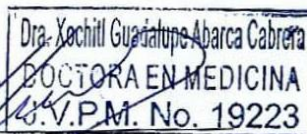
Agradeciendo de antemano su atención y apoyo, quedo atenta a una respuesta favorable.

Atentamente.

F. 
Briseth Alejandra López Hernández
Egresada de doctorado en medicina
Universidad de El Salvador



F. 
Dra. Xochitl Guadalupe Abarca Cabrera
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 19223
Dra. Xochitl Cabrera
Directora de Unidad de Salud Intermedia
Comasagua.



ANEXO 4. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE DIRECTOR DE UNIDAD DE SALUD VICTORIA

Distrito de victoria, cabañas este, 16 de Mayo de 2025

Dra. Leonel Leiva
Director de Unidad de Salud Intermedia victoria
Ministerio de Salud
Presente.

Asunto: Solicitud de autorización para realizar recopilación de datos para trabajo de investigación de grado.

Reciba un cordial saludo. Por medio de la presente, me dirijo a usted con el fin de solicitar autorización para llevar a cabo en el establecimiento de salud, la investigación titulada: "Conocimiento sobre cáncer gástrico en adultos que acuden a Unidades de Salud Intermedia Comasagua y Victoria, durante julio y agosto, 2025", la cual se desarrollará como parte del proceso académico para obtener el título de Doctorado en medicina de la Universidad de El Salvador.

El propósito principal del estudio es identificar el conocimiento que posee la población adulta sobre el cáncer gástrico, incluyendo factores de riesgo, síntomas y medidas preventivas. Además, permitirá indagar sobre la presencia de síntomas dispépticos en la población seleccionada.

La investigación será de tipo descriptiva, sin intervención clínica, y se realizará mediante cuestionarios aplicados a usuarios adultos que voluntariamente acepten participar y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Se garantizará el respeto absoluto a la confidencialidad de los datos y a los principios éticos de la investigación en salud.

Solicito su autorización para acceder a las instalaciones de la unidad de salud, realizar la selección de muestra, obtener la recopilación de la información mediante el cuestionario y posteriormente realizar medidas de promoción constituidas por la entrega panfletos informativos sobre la temática y realización de charlas sobre la temática. Cabe mencionar que la información recolectada permitirá obtener datos que ayuden a establecer estrategias educativas que fortalezcan las acciones de promoción y prevención de esta enfermedad en el ámbito local.

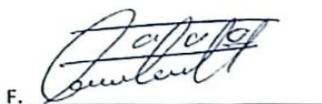
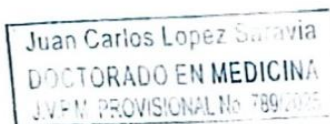
Además, me comprometo a entregar una copia de los resultados del estudio a la unidad de salud una vez finalizada la investigación, si así se requiere.

Agradeciendo de antemano su atención y apoyo, quedo atenta a una respuesta favorable.

Atentamente.



Br. Juan Carlos Lopez Saravia
Egresado de doctorado en medicina
Universidad de El Salvador



F. Dr. Leonel Leiva
Director de Unidad de Salud Intermedia Victoria

Dr. Leonel Leiva Hernández
DOCTOR EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 15662



ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN UTILIZADO EN GOOGLE FORM

TÍTULO DEL ESTUDIO: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER GÁSTRICO EN ADULTOS QUE ACUDEN A LAS UNIDADES DE SALUD INTERMEDIAS COMASAGUA Y VICTORIA, AGOSTO 2025”

Investigadores responsables:

Briseth Alejandra López Hernández.

Juan Carlos López Saravia

Asesor:

Dr. Carlos Alberto Hernández Velásquez

INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Usted está siendo invitado a participar voluntariamente en esta investigación que busca conocer el nivel de conocimiento sobre el cáncer gástrico que tienen los adultos que consultan en este establecimiento.

La participación consiste en responder un cuestionario anónimo en este mismo formato electrónico (Google Forms), el cual incluye preguntas relacionadas con conocimientos generales, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y medidas de prevención de esta enfermedad.

-Duración aproximada: 10–15 minutos.

-Riesgos: Este estudio no implica ningún riesgo físico ni psicológico.

- Beneficios: Su participación permitirá identificar necesidades de educación en salud y contribuir a la elaboración de estrategias de prevención en la comunidad.

- Confidencialidad: La información será utilizada únicamente con fines académicos. No se solicitarán datos personales que permitan identificarle. Los resultados se presentarán de forma agregada y sin exponer identidades individuales.

- Voluntariedad: Usted puede decidir participar o no, y tiene derecho a retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

He leído la información anterior y he recibido una explicación clara sobre el propósito y la naturaleza del estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria y que mis respuestas serán tratadas de forma confidencial y anónima.

Al marcar la casilla correspondiente en el formulario, expreso libremente mi consentimiento para participar en esta investigación.

- Acepto participar voluntariamente en la investigación.
- No acepto participar en la investigación