

RESUMEN: Se realiza un proyecto de estudio cuasi-experimental de intervención educativa, con el objetivo de modificar los conocimientos sobre los riesgos del padecimiento del cáncer gástrico en el Policlínico Integral Docente "Darío Calzadilla Angulo" de Banes en el período 2016-2018. El universo se constituye por 58 pacientes que dan su consentimiento informado para participar de manera voluntaria en la investigación. Se aplica una encuesta antes de la elaboración de la intervención que permite obtener los datos relacionados con el nivel de conocimientos los que se expresan a través de tablas. Se proyectan las bases para la intervención educativa, así como los métodos, procedimientos y operacionalización de variables que posibiliten el éxito del estudio. Se finaliza con una previa del análisis y discusión de resultados con lo aportado por cada variable en las respuestas a las preguntas del cuestionario antes de la intervención

Palabras claves: cáncer gástrico, factores de riesgo, intervención educativa

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA MODIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS RIESGOS DE PADECER CÁNCER GÁSTRICO

* JUAN PABLO RICARDO PÉREZ

Cecilio Pelayo Bairán

Yakelín Bairán Almaguer

LE TITRE: Intervention éducative modifier le knowledges au sujet des risques du cancer gastriques.

LE RÉSUMÉ: Il a été porté dehors un projet étude quasi expérimentale d'intervention pédagogique; avec l'objectif de modifier la connaissance au sujet des risques de la souffrance de cancer gastrique dans l'université Policlinic " Intégrant Darío Calzadilla Angulo " de municipalité des Pestes dans la période 2016-2018. L'univers est constitué par 58 malades qui ont donné leur bien renseigné consentez participer à une entrée volontaire l'enquête. Une étude est appliquée avant l'élaboration de l'intervention qui autorise obtenir le données racontée avec le niveau de connaissance que ce sont exprimés à travers palmarès. Ils sont projetés les bases pour l'intervention pédagogique, aussi bien que les méthodes, procédures et operationalization de variables qui facilitent le succès de l'étude. Il conclut avec un antérieur de l'analyse et discussion de résultats par qui ont contribué chaque variable dans les réponses aux questions du questionnaire avant appliquée.

Les mots de la clef: cancer gastrique, facteurs de risque, intervention pédagogique.

TITLE: Educative intervention to modify the knowledge's about the gastric cancer risks.

ABSTRACT: It was carried out a project quasi-experimental study of educational intervention; with the objective of modifying the knowledge about the risks of the suffering from gastric cancer in the university Integral Policlinic "Darío Calzadilla Angulo" of Banes municipality in the period 2016-2018. The universe is constituted by 58 patients who gave their informed consent to participate in a voluntary way in the investigation. A survey is applied before the elaboration of the intervention that allows obtaining the data related with the level of knowledge those are expressed through charts. They are projected the bases for the educational intervention, as well as the methods, procedures and operationalization of variables that facilitate the success of the study. It concludes with a previous of the analysis and discussion of results that contributed by each variable in the answers to the questions of the questionnaire before applied.

Key words: gastric cancer, factors of risk, educational intervention

* **Alumno de Tercer año de Medicina.**

Filial de Ciencias Médicas de Banes. Alumno Ayudante de Cirugía. Holguín-Cuba.

Introducción

El cáncer se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecer en forma descontrolada. Las células en casi cualquier parte del cuerpo pueden convertirse en cáncer y pueden extenderse a otras áreas del cuerpo. Esta definición¹ de forma más concreta permite declarar que el cáncer de estómago, conocido también como cáncer gástrico, es una patología que se origina en el estómago.

Los cánceres de estómago tienden a desarrollarse lentamente en un período de muchos años. Antes de que se forme un verdadero cáncer, a menudo ocurren cambios precancerosos en el revestimiento interno (mucosa) del estómago. Estos cambios tempranos casi nunca causan síntomas y, por lo tanto, no se detectan.

Los tumores cancerosos que comienzan en diferentes secciones del estómago podrían producir síntomas diferentes y tienden a tener consecuencias diferentes. La localización del cáncer también puede afectar las opciones de tratamiento. Por ejemplo, los cánceres que se originan en la unión gastroesofágica son clasificados y tratados de la misma forma que los cánceres de esófago. Un cáncer que se origina en el cardias del estómago pero que está creciendo hacia la unión gastroesofágica también se clasifica por etapas y se trata como un cáncer de esófago.

Los cánceres de estómago se pueden propagar (hacer metástasis) de varias maneras. Éstos pueden crecer a través de la pared del estómago e invadir los órganos cercanos. También pueden propagarse a los vasos linfáticos y a los ganglios linfáticos adyacentes. Los ganglios linfáticos son estructuras del tamaño de un frijol que ayudan a combatir las infecciones. El estómago tiene una red muy rica de vasos linfáticos y de ganglios.

Cuando el cáncer del estómago se torna más avanzado, puede viajar a través del torrente sanguíneo y propagarse a órganos como el hígado, los pulmones y los huesos. Si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos o a otros órganos, el pronóstico del paciente no es tan favorable.

Las últimas declaraciones internacionales sobre el cáncer de estómago, expresadas por la Organización Mundial de Salud,² (O.M.S) y la Organización Panamericana de Salud (O.P.S),³ revelan que la clasificación más avalada es la siguiente:

Aproximadamente entre 90% y 95% de los cánceres del estómago son adenocarcinomas. Cuando se emplean los términos *cáncer de estómago* o *cáncer gástrico* casi siempre se refieren a un adenocarcinoma. Estos cánceres se originan en las células que forman la capa más interna del estómago (conocida como la *mucosa*). Los más conocidos dentro de las clasificaciones encontradas son:

El Linfoma: se refiere a los tumores cancerosos del sistema inmunológico que algunas veces se detectan en la pared del estómago. Aproximadamente 4% de los cánceres de estómago son linfomas. El tratamiento y el pronóstico dependen del tipo de linfoma.

Tumores del estroma gastrointestinal (GIST):

Estos son tumores poco comunes que se originan en formas muy tempranas de células de la pared del estómago llamadas *células intersticiales de Cajal*. Algunos de estos tumores no son cancerosos (benignos), mientras que otros son cancerosos. Aunque los tumores estromales gastrointestinales se pueden encontrar en cualquier lugar del tracto digestivo, la mayoría se descubre en el estómago.

Tumores carcinoides: estos tumores se originan de células productoras de hormona del estómago. La mayoría de estos tumores no se propaga a otros órganos. Los tumores carcinoides son responsables de aproximadamente 3% de los tumores cancerosos del estómago.

Otros tipos de cáncer, como el carcinoma de células escamosas, el carcinoma de células pequeñas, y el leiomiomasarcoma, también pueden originarse en el estómago, aunque estos cánceres ocurren con poca frecuencia. Partidarios de esta clasificación son también los siguientes especialistas: Hioki, N. Yamamoto, M.⁴ y Inoue, K. Tobe, T. Kan, N.⁵

Desarrollo

En cuanto a los factores de riesgo de padecimiento del cáncer gástrico, se conocen variados criterios, entre los que destaca los de la Cancer American Society. Estos factores de riesgo, probados científicamente que inciden en la aparición de esta temeraria patología a nivel mundial son:

Incidencia según el sexo: el cáncer de estómago es más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Edad: las tasas del cáncer de estómago en las personas de más de 50 años aumentan bruscamente. La mayoría de las personas diagnosticadas con cáncer de estómago se encuentran entre los 60 y 89 años de edad.

Geografía y origen étnico: en los Estados Unidos, el cáncer de estómago es más común entre los estadounidenses de origen hispano, las personas de raza negra y los asiáticos/isleños del Pacífico en comparación con las personas de raza blanca que no son de origen hispano. A escala mundial, el cáncer de estómago es más común en Japón, China, Europa oriental y del sur y América Central y del sur. Esta enfermedad es menos común en África occidental y del sur, Asia Central y del sur, y Norteamérica.

Infección con *Helicobacter pylori*: las infecciones con la bacteria *Helicobacter pylori* (*H pylori*) parece ser la causa principal de cáncer de estómago, especialmente cánceres en la parte inferior (distal) del estómago. La infección por mucho tiempo del estómago con este germen puede conducir inflamación (llamada gastritis atrófica crónica) y cambios precancerosos del revestimiento interno del estómago. Las personas con cáncer de estómago tienen una tasa más alta de infección con *H pylori* que las personas que no tienen cáncer. La infección con *H pylori* se asocia también con algunos tipos de linfoma de estómago. Aun así, la mayoría de la gente que es portadora de este germen en el estómago nunca desarrolla cáncer.

Linfoma del estómago: las personas que han padecido cierto tipo de linfoma de estómago conocido como *linfoma de tejido linfático asociado con la mucosa (MALT)* tienen un riesgo aumentado de padecer adenocarcinoma del estómago. Probablemente esto se deba a que el linfoma MALT del estómago es causado por una infección con la bacteria *H pylori*.

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

El consumo de tabaco: el hábito de fumar aumenta el riesgo de cáncer de estómago, particularmente para los cánceres de la sección superior del estómago cercana al esófago. La tasa de cáncer de estómago es alrededor del doble para los fumadores.

Sobrepeso u obesidad: el sobrepeso o la obesidad es una posible causa de cánceres del cardias (la parte superior del estómago más cercana al esófago), aunque todavía no está claro cuán contundente es esta asociación.

Cirugía estomacal previa: los cánceres de estómago son más propensos a originarse en las personas a las que se les ha extraído parte del estómago para tratar enfermedades no cancerosas como las úlceras. Esto puede deberse a que el estómago produce menos ácido, lo que permite que haya más bacterias productoras de nitritos. El reflujo de la bilis desde el intestino delgado hasta el estómago después de la cirugía podría también contribuir al riesgo aumentado. Por lo general, estos cánceres se desarrollan muchos años después de la cirugía.

Anemia perniciosa: ciertas células en el revestimiento del estómago producen normalmente una sustancia llamada *factor intrínseco* (IF) que necesitamos para la absorción de vitamina B12 de los alimentos. Las personas que no tienen suficiente factor intrínseco pueden tener una deficiencia de vitamina B12, lo que afecta la capacidad del organismo de producir nuevos glóbulos rojos y puede también causar otros problemas. A esta condición se le llama *anemia perniciosa*. Además de la anemia (muy pocos glóbulos rojos), las personas con esta enfermedad presentan un mayor riesgo de cáncer de estómago.

Enfermedad de Menetrier (gastropatía hipertrófica): en esta afección el crecimiento excesivo del revestimiento del estómago causa grandes pliegues en el revestimiento y esto causa bajos niveles de ácido estomacal. Debido a que esta enfermedad se presenta en muy raras ocasiones, no se conoce exactamente cuánto aumenta el riesgo de cáncer de estómago.

Sangre tipo A: los grupos de tipo de sangre se refieren a ciertas sustancias que normalmente están presentes en la superficie de los glóbulos rojos y otros tipos de células. Estos grupos son importantes para determinar la compatibilidad de la sangre en las transfusiones. Por razones desconocidas, las personas con el tipo de sangre A tienen un mayor riesgo de llegar a padecer cáncer de estómago.

Síndromes de cáncer hereditarios: varias afecciones hereditarias pueden aumentar el riesgo de una persona de padecer cáncer de estómago. En este caso está el **Cáncer gástrico difuso hereditario**. Este síndrome hereditario aumenta significativamente el riesgo de padecer cáncer de estómago. Esta afección es poco común, pero el riesgo de cáncer de estómago en el transcurso de la vida de las personas afectadas es de aproximadamente 70% al 80%. Las mujeres con este síndrome también tienen un riesgo aumentado de padecer un tipo particular de cáncer de seno. Esta afección es causada por mutaciones (defectos) en el gen *CDH1*.

Cáncer colorrectal hereditario sin poliposis (HNPCC): el cáncer colorrectal hereditario sin poliposis (HNPCC), también conocido como *síndrome de Lynch* es un trastorno genético hereditario que aumenta el riesgo de cáncer colorrectal. Las personas con este síndrome también tienen un riesgo aumentado de cáncer de estómago (así como de otros cánceres). En la mayoría de los casos, este trastorno es causado por un defecto en el gen *MLH1* o el gen *MSH2*, pero otros genes pueden causar HNPCC, incluyendo *MLH3*, *MSH6*, *TGFBR2*, *PMS1*, y *PMS2*.

Poliposis adenomatosa familiar (FAP): en este síndrome, las personas tienen muchos pólipos en el colon, y algunas veces en el estómago y los intestinos. Las personas con este síndrome tienen un riesgo significativamente mayor de padecer cáncer colorrectal y tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de estómago. Este síndrome es causado por mutaciones en el gen *APC*.

BRCA1 y BRCA2: las personas que portan las mutaciones de los genes hereditarios del cáncer de seno, el BRCA1 o el BRCA2, también pueden tener una tasa mayor de cáncer de estómago.

Síndrome de Li-Fraumeni: las personas con este síndrome tienen un mayor riesgo de varios tipos de cáncer, incluyendo el desarrollo de cáncer de estómago a una edad relativamente joven. El síndrome de Li-Fraumeni es causado por una mutación en el gen *TP53*.

Síndrome Peutz-Jeghers (PJS): las personas con esta afección desarrollan pólipos en el estómago y los intestinos, así como en otras áreas incluyendo la nariz, las vías respiratorias de los pulmones, y la vejiga. Los pólipos en el estómago y los intestinos son un tipo especial llamados hamartomas. Estos pólipos pueden causar problemas como sangrado o bloqueo de los intestinos. El PJS también puede causar manchas oscuras similares a pecas en los labios, parte interior de las mejillas y otras áreas. Las personas con PJS presentan un mayor riesgo de cánceres de seno, colon, páncreas, estómago y varios otros órganos. Este síndrome es causado por mutaciones en el gen *STK1*.

Antecedente familiar de cáncer de estómago: las personas con familiares de primer grado (padres, hermanos e hijos) que han tenido cáncer de estómago tienen mayores probabilidades de desarrollar esta enfermedad.

Algunos tipos de pólipos estomacales: los pólipos son crecimientos no cancerosos en el revestimiento del estómago. La mayoría de los tipos de pólipos (como los pólipos hiperplásicos o pólipos inflamatorios) parece que no aumentan el riesgo de una persona de

padecer cáncer de estómago, aunque los pólipos adenomatosos - también llamada *adenomas* - algunas veces se pueden convertir en cáncer.

Infección con virus de Epstein-Barr (EBV): el virus de Epstein-Barr causa mononucleosis infecciosa (también llamada enfermedad del beso). Casi todos los adultos han sido infectados con este virus en algún momento de sus vidas, usualmente cuando eran niños o adolescentes.

El EBV ha sido asociado con algunas formas de linfomas. También se encuentra en las células cancerosas de aproximadamente 5% a 10% de las personas con cáncer de estómago. Estas personas suelen tener un cáncer de crecimiento más lento, menos agresivo con una tendencia más baja de propagación. El EBV ha sido encontrado en algunas células cancerosas del estómago, pero aún no está claro si este virus en realidad causa cáncer de estómago.

Ciertas ocupaciones: los trabajadores en las industrias de carbón, metal y hule (goma) parecen estar a un mayor riesgo de desarrollar cáncer de estómago.

Inmunodeficiencia variable común (CVID): las personas con CVID tienen un riesgo aumentado de cáncer de hígado. El sistema inmunológico de una persona con CVID no puede producir suficientes anticuerpos en respuesta a los gérmenes. Las personas con CVID sufren de infecciones frecuentemente, así como de otros problemas, incluyendo gastritis atrófica y anemia perniciosa. También tienen más probabilidad de padecer linfoma gástrico y cáncer de estómago.

Para el año 2016, en los cálculos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer,⁶ en los Estados Unidos diagnosticarán alrededor de 26,370 casos de cáncer de estómago (16,480 hombres y 9,890 mujeres). Aproximadamente 10,730 personas (6,540 hombres y 4,190 mujeres) morirán a causa de este cáncer.

El cáncer de estómago afecta principalmente a las personas de edad avanzada. Al momento del diagnóstico, la edad promedio de las personas es de 69 años. Alrededor de 6 de cada 10 personas diagnosticadas con cáncer de estómago cada año tienen 65 años o más.

El riesgo promedio de que una persona padecerá cáncer de estómago en el transcurso de su vida es de alrededor de 1 en 111. El riesgo es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres, y también puede ser afectado por un número de otros factores.

El cáncer de estómago es mucho más común en otros países del mundo, particularmente en países menos desarrollados. Este cáncer es una causa principal de muerte por cáncer en el mundo.

La incidencia del cáncer de estómago es muy variable en todos los países. Por ejemplo en E.U.A se presenta una incidencia de 11.1, en Inglaterra de 22.1 y en Japón de 100.2 por 100,000 habitantes. A nivel mundial es la cuarta causa de casos nuevos de cáncer por año según reportes, con 945,000 casos nuevos.

Datos estadísticos de salud en Cuba y Holguín durante el período del 2011- 2015,⁷ reflejan una mortalidad por cáncer gástrico de 237 pacientes. En el municipio Banes, durante el período enero diciembre-2016 a enero-2017, la mortalidad por esta enfermedad es de 9 pacientes hasta este momento. Cuestión dada por la poca percepción del riesgo, conductas alimenticias nocivas y estilos de vida no saludable que favorecen la aparición de esta patología.

Estos argumentos permiten plantear como problema científico: ¿Cómo modificar los conocimientos sobre los factores de riesgo de padecer cáncer gástrico en pacientes del Policlínico Integral Docente “Darío Calzadilla Angulo”?

Es por ello que se proyecta como objetivo general del estudio: Modificar el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de padecer cáncer gástrico, en pacientes pertenecientes al Policlínico Integral “Darío Calzadilla Angulo” de Banes en el período 2016-2017.

Materiales y método

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal en su medición inicial (aplicación de la encuesta en el primer momento). El universo de estudio estuvo conformado por todos los pacientes del policlínico (1037) y la muestra por 58 pacientes con riesgo de padecer cáncer gástrico. Para el desarrollo de la investigación se tienen en cuenta como criterios de inclusión-exclusión los siguientes:

Criterio de inclusión:

- Pacientes que aceptaron y firmaron acta de consentimiento informado para participar en el estudio
- Pacientes pertenecientes al área de salud más cercana al hospital clínico
- Pacientes que presentan dos o más factores de riesgo de padecer cáncer gástrico

Criterio de exclusión:

- Se excluyeron aquellos pacientes fuera del área durante el período estudiado, así como aquellos que no desearon participar en el estudio.
- Se excluyen del estudio pacientes menores de 18 años.

Bioética

Antes de incluir a cada paciente en el estudio, se les explica detalladamente los objetivos de la investigación, para aplicar una intervención educativa en pacientes con factores de riesgo a padecer cáncer gástrico, en el Policlínico Integral Docente “Darío Calzadilla Angulo” de Banes, así como la importancia de las respuestas para la aceptación de los mismos a participar. Se les aclara que pueden abandonar la investigación, incluso el cuestionario, si así lo desean, sin menoscabo de la atención médica. Se explica además la garantía de la confidencialidad de la información emitida.

Entre los métodos teóricos que se emplean están:

Análisis y síntesis: se utiliza en la elaboración de los fundamentos teóricos, así como en el estudio en general para la conclusión de deducciones y generalizaciones que permitan asumir posturas de autores o teorías médicas determinadas.

Análisis histórico-lógico: la aplicación de este método teórico se permite conocer el recorrido evolutivo de la enfermedad y su incidencia en diferentes contextos, para tomar decisiones en cuanto a las características de la intervención educativa.

Los métodos empíricos que se utilizan:

Observación científica: se emplea para obtener la información directa sobre el proceso de adquisición de conocimientos sobre los factores de riesgo de padecer el cáncer gástrico

Encuesta: método esencial para evaluar la transformación del nivel de conocimientos en los miembros de la muestra seleccionada, de ahí que se aplicó este método para obtener información, búsqueda de opiniones y conocimientos.

Para el procesamiento de la información obtenida, será de gran valía la utilización de la estadística descriptiva y el cálculo porcentual.

Operaciónalización de variables:

Variable	Tipo	Valores	Indicador
Conocimiento sobre edad, sexo y origen étnico más frecuentes de presentación del cáncer gástrico	Cuantitativa Nominal Politómica	Adecuado Inadecuado	3 ítems correctos muestran conocimiento adecuados. Prueba McNemar para evaluar significancia
Conocimiento sobre las implicaciones genéticas, hereditarias y familiares	Cualitativa Nominal Politómica	Adecuado Inadecuado	2 ítems correctos muestran conocimiento sobre las implicaciones descritas. Prueba McNemar para evaluar significancia
Conocimiento sobre los desórdenes dietéticos y la obesidad	Cualitativa Nominal Politómica	Adecuado Inadecuado	5 ítems correctos muestran conocimiento adecuados en esta variable. Prueba McNemar para evaluar significancia
Conocimiento sobre el consumo de sustancias favorecedoras del cáncer gástrico	Cualitativa Nominal Politómica	Adecuado Inadecuado	3 ítem correctos evidencian adecuados conocimientos sobre las sustancias favorecedoras del cáncer gástrico. Prueba McNemar para evaluar significancia

Por ser un estudio de intervención educativa, la investigación se dividió en tres etapas:

Etapa diagnóstica: durante ella se convoca a los pacientes que constituyen la muestra seleccionada donde se les pidió a los pacientes el consentimiento informado, quedando plasmada su conformidad para la participación en las actividades del estudio. El método esencial de obtención de información en este caso es la encuesta inicial, constitutiva de un cuestionario, donde se recogen los datos generales de los pacientes y el conocimiento en las variables ya definidas.

Etapa de Intervención: Una vez finalizada la etapa de diagnóstico, se procede al desarrollo de las actividades educativas, con el objetivo de que profundizar conocimientos sobre los factores de riesgos relacionados con el cáncer gástrico. Se realizará en esta etapa un total de cuatro sesiones, divididas en dos meses, dos por mes, cada una con una duración de una 40 minutos, con la utilización de actividades participativas, dinámicas grupales y prácticas, que sirvan de orientación y autoayuda.

Las sesiones tendrán como temáticas centrales:

Sesión 1: Edad, sexo y origen étnico más frecuentes en los casos de cáncer gástrico.

Sesión 2: Implicaciones genéticas, hereditarias y familiares que son factores de riesgo en el cáncer gástrico.

Sesión 3: Desórdenes dietéticos y obesidad. Su relación con el cáncer gástrico.

Sesión 4: Sustancias favorecedoras del cáncer gástrico.

Etapa de evaluación: se aplicará nuevamente la encuesta inicial, dos meses después de concluida la última sesión y teniendo en cuenta los mismos criterios de aplicación y calificación descritos en la etapa diagnóstica, posibilitará verificar cómo se modifica el nivel de información de cada miembro del grupo y de manera general. Los datos se procesarán en computadora, utilizando el paquete estadístico S.P.S.S para Windows, con estadística descriptiva, para distribuciones de frecuencia y por ciento. Los resultados se expresarán en texto y tablas.

Análisis y discusión de resultados

A partir de los materiales y métodos que se utilizan se obtienen como resultados parciales los siguientes:

Tabla 1. Conocimiento sobre edad, sexo y origen étnico más frecuentes de presentación del cáncer gástrico. Antes/ Policlínico Integral Docente “Darío Calzadilla Angulo”, Banes. Enero 2017.

Conocimiento sobre edad, sexo y origen étnico más frecuentes de presentación del cáncer gástrico	Antes		Después	
	Nº	%	No	%
Inadecuado	47	81,0	----	----
Adecuado	11	19,0	----	----
Total	58	100		

El nivel de conocimientos relacionado con los factores de riesgo que se centran en la edad, sexo y origen étnico más frecuentes de presentación del cáncer gástrico en la medición inicial, reflejan bajos niveles con solo un 19,0% de preparación adecuada en la temática.

Coinciden autores como: Bae, J. Lee, E. y Guyatt, G.⁸ que aun cuando los estudios han generalizado el conocimiento en torno a que es más frecuente la aparición de este tipo de cáncer en hombres asiáticos, hispanos y afros, con edad avanzada, es de poco dominio de la población de forma general.

A criterio de los autores, realizar una acción de educación para la salud, dirigida a grupos específicos, se logra mayor efectividad, pues se concentra el conocimiento en población clave.

Tabla 2. Conocimiento sobre las implicaciones genéticas, hereditarias y familiares. Antes/ Policlínico Integral Docente “Darío Calzadilla Angulo”, Banes. Enero 2017.

Conocimiento sobre las implicaciones genéticas, hereditarias y familiares	Antes		Después	
	Nº	%	No	%
Inadecuado	49	84,5	---	---
Adecuado	9	15,5	---	---
Total	58	100		

Durante la aplicación del cuestionario en esta variable se tienen respuestas adecuadas de solo 9 pacientes para un ínfimo 15,5% de conocimientos en contraposición a 49 pacientes con respuestas inadecuadas para un 84,5%.

Es frecuente según Benusiglio, P.R. Malka, D. y Rouleau, E.⁹ que los pacientes tengan poco conocimientos sobre los factores de riesgos hereditarios, familiares y genéticos que pueden generar el cáncer gástrico; sobre todo afirman los autores que esto se debe a que se ha generado un tabú de que las patologías más generales como malformaciones, hipertensión arterial, Alzheimer, esquizofrenia, retinitis pigmentosa, asma, diabetes mellitus, arterioesclerosis, incluso la obesidad.

Consideran los autores que la elevación de conocimientos en esta área específica de los factores de riesgo sobre el cáncer gástrico, es más factible de modificar sobre la base de actividades de ejemplificación.

Tabla 3. Conocimiento sobre los desórdenes dietéticos y la obesidad. Antes/ Policlínico Integral Docente “Darío Calzadilla Angulo”, Banes. Enero 2017.

Conocimiento sobre los desórdenes dietéticos y la obesidad	Antes		Después	
	Nº	%	No	%
Inadecuado	37	63,8	---	---
Adecuado	21	36,2	---	---
Total	58	100		

El nivel de conocimientos sobre los desórdenes dietéticos y la obesidad como factores de riesgo que pueden generar el cáncer gástrico posee un porcentaje bastante alto de conocimientos adecuados, en comparación con las otras variables, por parte de los pacientes que contestaron el cuestionario, con 36,2%. Por otro lado los que en su mayoría desconocen de estos factores de riesgo se tabulan 37 para un alto 63,8%.

Los autores son del criterio que en la tabulación de esta variable se aprecia un dominio de que las sustancias como el alcohol, tabaco y salsas picantes son irritantes y por tanto generadoras en su inmensa mayoría de la patología en cuestión; no siendo así su consideración en torno a la obesidad.

Dhalla, F. da Silva, S.P. Lucas M, Travis S, Chapel H.¹⁰ reportan un elevado conocimiento sobre los desórdenes dietéticos como factor de riesgo; no así la obesidad, de la que se percibe existe un aumento considerable pasados los 50 años en pacientes tanto hombres como mujeres.

Tabla 4. Conocimiento sobre el consumo de sustancias favorecedoras del cáncer gástrico. Antes/ Policlínico Integral Docente “Darío Calzadilla Angulo”, Banes. Enero 2017.

Conocimiento sobre el consumo de sustancias favorecedoras del cáncer gástrico	Antes		Después	
	Nº	%	No	%
Inadecuado	28	48,3	---	---
Adecuado	30	51,7	---	---
Total	58	100		

El estudio demuestra que el nivel de conocimientos sobre las sustancias favorecedoras del cáncer gástrico, es elevado; sin embargo no se traduce en una conducta sana al respecto y estilo de vida saludable. Es por ello que a criterio de los autores resulta pertinente abordar esta temática para la intervención educativa que se propone. En este sentido los datos muestran un 51,7% de respuestas adecuadas y un 48,3% de respuestas inadecuadas.

Se considera también importante la intervención educativa, que constituye uno de los aspectos más importantes del proceso de promoción y prevención de salud, dado que en ellas se concretan las intenciones, metas y objetivos del sistema de salud pública con vista a la educación sanitaria de la población, y tienen como propósito esencial la proyección del proceso de transformación del objeto de estudio, desde un estado real hasta un estado deseado. Cuestión que coincide con planteamientos de investigadores como: Gunderson, L.L. Donohue, J.H. Alberts, S.R.¹¹ y Mederos Curbelo, O. Barreras Ortega, J. C. Valdez Jiménez, J. M. León Chiang, L. Romero Díaz, C. A. Álvarez Bermejo, J.¹²

Conclusiones generales

La intervención educativa como propuesta para la elevación de conocimientos relacionados con el cáncer gástrico es pertinente y viable, conclusión avalada por la reacción de los pacientes en la medición inicial, los datos aportados por la tabulación y los criterios de los

estudios previamente consultados y citados. Estos demuestran que es pobre el nivel de conocimientos y la aceptación de la muestra de participar en estas acciones que se corresponden con la promoción de la salud, son factores determinantes para la continuidad del estudio.

Forma correcta de citar este artículo:

Ricardo Pérez, J. Pelayo Bairán, C. y Bairán Almaguer, Y. (2017) Intervención educativa para la modificación de conocimientos sobre los riesgos de padecer cáncer gástrico. REEA, Vol. 1, No. 1. Pp. 295-311 <http://www.eumed.net/rev/reea>

Referencias bibliográficas

-
- ¹ American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2016. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2016. Disponible en: <http://www.cancer.org>.
 - ² O.M.S. Análisis estadístico del cáncer gástrico. 2014.
 - ³ O.P.S. El cáncer gástrico en Latinoamérica y el caribe. Análisis estadístico 2014-2015.
 - ⁴ Hioki, N. Yamamoto, M. La estrategia Quirúrgica en el cáncer gástrico inicial. Br J Sing. 1990 Dec; 77(1).310-1334.
 - ⁵ Inoue, K. Tobe, T. Kan, N. Problemas de definición y tratamiento del Cáncer Gástrico Inicial. J Surg. 2013 Jul; 78.p.818-21
 - ⁶ Sociedad Americana Contra el Cáncer. Un estudio estadístico del cáncer gástrico. 2106.
 - ⁷ Ricardo Pérez, J. P. Bairan Almaguer, Y. Comportamiento del cáncer gástrico en el período del 2011- 2015 en el municipio Banes. Filial Universitaria Municipal de Ciencias Médicas. "Urselia Díaz Báez". Banes. Holguín.
 - ⁸ Bae J, Lee E, Guyatt G. Citrus fruit intake and stomach cancer risk: A quantitative systematic review. Gastric Cancer. 2008; 11:23–32.
 - ⁹ Benusiglio PR, Malka D, Rouleau E, et al. CDH1 germline mutations and the hereditary diffuse gastric and lobular breast cancer syndrome: a multicentre study. J Med Genet. 2013 Jul; 50(7):486-9. Epub 2013 May 25.
 - ¹⁰ Dhalla F, da Silva SP, Lucas M, Travis S, Chapel H. Review of gastric cancer risk factors in patients with common variable immunodeficiency disorders, resulting in a proposal for a surveillance programme. Clin Exp Immunol. 2011; 165:1–7.

¹¹ Gunderson, L.L. Donohue, J.H. Alberts, S.R. Cancer of the Stomach. In: Abeloff MD, Armitage JO, Lichter AS, Niederhuber JE. Kastan MB, McKenna WG, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 4th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2012:1431–1464.

¹² Mederos Curbelo, O. Barreras Ortega, J. C. Valdez Jiménez, J. M. León Chiang, L. Romero Díaz, C. A. Álvarez Bermejo, J. Efectividad de la gastrectomía total ampliada por cáncer de cardias y fondo del estómago. *Rev. Cubana Cir.* 2010 Nov 04 ; 44(2-3): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>