



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**“ALCOHOLISMO Y CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES DEL
HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO,
HUÁNUCO - 2018”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:
CELEDONIA CONEGUNDA CAQUI ACOSTA**

**ASESOR:
Mg. ELISA SIMANELTE GALLARDO MAURICIO**

**HUÁNUCO, PERÚ
MAYO 2019**

DEDICATORIA

A mis padres José y Julia por su amor infinito y apoyarme permanentemente en el camino de mi superación.

A mis queridos hijos Carolina y Junior quienes son el motor que me impulsan a la consecución de mis metas.

Celedonia.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas por acogerme en sus aulas para realizarme como profesional.

A los docentes de la Universidad Alas Peruanas por sus conocimientos y valiosas experiencias compartidas.

Al personal directivo y trabajadores del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco por el apoyo en la realización de la presente investigación

A mis seres queridos y amigos que siempre estuvieron me alientan y alentaron en el camino de mi superación

La autora

RESUMEN

La presente investigación titulada: “Alcoholismo y cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018” tuvo objetivo principal o general determinar el grado de relación o asociación entre el alcoholismo y el cáncer gástrico en pacientes con este mal. El tipo es no experimental de alcance correlacional, con un diseño correlacional-transversal. La población de la presente investigación fueron 25 pacientes con cáncer gástrico y la muestra es igual a la población, es decir se trata de una muestra universal. La técnica utilizada fue la encuesta y el análisis documental y como instrumentos, el Test de identificación de Trastornos por consumo de alcohol por ser un instrumento ya elaborado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones que corresponde al Programa Nacional de Prevención y Lucha frente al uso nocivo de alcohol (AUDIT) y la Ficha Médica respectiva de cada paciente.

Los resultados indican que existe relación significativa entre alcoholismo y cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018, puesto que en la prueba Chi cuadrado, se obtuvo un valor p-significancia de 0.037 menor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis de investigación. Del mismo modo el alcoholismo es un factor de riesgo alto de cáncer gástrico puesto que del total de pacientes con esta enfermedad el 84% si consume alcohol y los demás no lo hacen o beben esporádicamente. Así mismo la frecuencia de consumo de alcohol es alta del total de 25 pacientes, 21 de ellos afirman consumir alcohol.

Palabras clave: Alcoholismo, cáncer, cáncer gástrico, consumo nocivo, factor de riesgo.

ABSTRACT

The present investigation entitled "Alcoholism and gastric cancer in patients of the Regional Hospital Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018" had main or general objective to determine the degree of relationship or association between alcoholism and gastric cancer in patients with this disease. The type is non-experimental of correlational scope, with a correlational-transversal design. The population of the present investigation was 25 patients with gastric cancer and the sample is equal to the population, that is, it is a universal sample. The technique used was the survey and the documentary analysis and as instruments, the Test of Identification of Alcohol Consumption Disorders for being an instrument already elaborated by the National Direction of Mental Health and Addictions that corresponds to the National Program of Prevention and Fight against harmful use of alcohol (AUDIT) and the respective Medical File of each patient.

The results indicate that there is a significant relationship between alcoholism and gastric cancer in patients of the Hermilio Valdizan Medrano Regional Hospital, Huánuco-2018, since in the Chi square test, a p-significance value of 0.037 was obtained, less than 0.05, so it is accepted the research hypothesis. Similarly, alcoholism is a high risk factor for gastric cancer because of the total number of patients with this disease, 84% consume alcohol and others do not or drink sporadically. Likewise, the frequency of alcohol consumption is high of the 25 patients, 21 of them claim to consume alcohol.

Key words: Alcoholism, cancer, gastric cancer, harmful use, risk factor.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema.....	09
1.2 Formulación del problema.....	12
1.2.1 Problema general.....	12
1.2.2 Problemas específicos.....	12
1.3 Objetivos de la investigación.....	12
1.3.1 Objetivo general.....	12
1.3.2 Objetivos específicos.....	12
1.4 Justificación del estudio.....	13
1.5 Limitaciones de la investigación.....	13
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio.....	14
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	14
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	15
2.1.3 Antecedentes locales.....	16
2.2 Bases teóricas.....	17
2.3 Definición de términos.....	46
2.4 Hipótesis.....	47
2.4.1 Hipótesis general.....	47
2.4.2 Hipótesis específicas.....	47
2.5 Variables.....	48
2.5.1 Definición conceptual de la variable.....	48

2.5.2 Definición operacional de la variable.....	48
2.5.3 Operacionalización de las variables.....	49
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y nivel de investigación.....	50
3.1.1 Tipo de investigación.....	50
3.2.2 Nivel de investigación.....	50
3.2 Descripción del ámbito de la investigación.....	51
3.3 Población y muestra.....	51
3.3.1 Población.....	51
3.3.2 Muestra.....	51
3.4 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	51
3.4.1 Técnicas.....	51
3.4.2 Instrumentos.....	51
3.5 Validez y confiabilidad del instrumento.....	52
3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos.....	52
3.7 Aspectos éticos.....	53
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
4.1 Resultados descriptivos.....	55
4.2 Prueba de hipótesis.....	67
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	69
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS	
ANEXO N° 01: Instrumento.....	81
ANEXO N° 02: Validez de los instrumentos.....	83
ANEXO N° 03: Consentimiento informado.....	86
ANEXO N° 04: Solicitud de autorización.....	91
ANEXO N° 05: Instrumento aplicado.....	92
ANEXO N° 06: Evidencias fotográficas.....	102
ANEXO N° 07: Matriz de consistencia.....	108

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas de pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	55
Tabla 2. Botellas de bebidas alcohólicas que ingieren en un día normal los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	57
Tabla 3. Consumo de seis a más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	58
Tabla 4. Frecuencia de dejar de beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	59
Tabla 5. Intento de dejar de beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	60
Tabla 6. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas por días consecutivos de pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	61
Tabla 7. Culpabilidad o remordimiento por beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	62
Tabla 8. Pérdida de memoria al momento de beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	63
Tabla 9. Lesiones ocasionadas por beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	64
Tabla 10. Recomendaciones de familiares, amigos o profesional de salud para que deje de beber el paciente con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	65
Tabla 11. Tipo de cáncer gástrico de los pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas de pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	55
Gráfico 2. Botellas de bebidas alcohólicas que ingieren en un día normal los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	57
Gráfico 3. Consumo de seis a más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	58
Gráfico 4. Frecuencia de dejar de beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	59
Gráfico 5. Intento de dejar de beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	60
Gráfico 6. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas por días consecutivos de pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	61
Gráfico 7. Culpabilidad o remordimiento por beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	62
Gráfico 8. Pérdida de memoria al momento de beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	63
Gráfico 9. Lesiones ocasionadas por beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	64
Gráfico 10. Recomendaciones de familiares, amigos o profesional de salud para que deje de beber el paciente con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	65
Gráfico 11. Tipo de cáncer gástrico de los pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco.....	66

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. En Huánuco es una de las regiones con más tasas de mortalidad por cáncer donde a nivel nacional ocupa el primer lugar de casos de cáncer gástrico

Existen varios factores de riesgo que se encuentran asociados con el desarrollo del cáncer gástrico, entre los cuales, los principales son: infección por *Helicobacter pylori*, grupo sanguíneo tipo A, antecedentes familiares de cáncer gástrico, la ingesta elevada de sal, el consumo de alcohol y el tabaquismo. El papel hereditario cuenta con un papel muy importante, sobre todo en pacientes con antecedentes de cáncer gástrico en familiares de primer grado, aunque también se ha visto asociado el cáncer gástrico con otros trastornos de origen hereditario como la poliposis adenomatosa familiar, el síndrome de Peutz-Jeghers y el síndrome de Lynch.

En la presente investigación estudiamos al alcoholismo como un factor de riesgo alto, puesto que también la ciudad de Huánuco es catalogada como uno de los lugares de mayor consumo de alcohol a nivel nacional, es por ello la preocupación de investigar la frecuencia del consumo de alcohol en pacientes con este mal muy frecuente en nuestra realidad regional

Lastimosamente en nuestro país y en la nuestra región no se han implementado hasta el momento, medidas que generen un cambio en la realidad actual del cáncer gástrico en lo que se refiere a la prevención y la detección temprana para evitar la mortalidad.

La presente investigación comprende los siguientes capítulos:

Capítulo I: El problema de investigación, que comprende el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación y limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco teórico, que contiene los antecedentes del estudio, tanto internacionales, nacionales y regionales o locales; bases teóricas, definición de términos; hipótesis tanto la general como las específicas, variables, con sus definiciones conceptual y operacional, así como la operacionalización de

las variables considerando sus dimensiones, indicadores y escala de medición.

Capítulo III: Metodología, que comprende el tipo y nivel de la investigación, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento y plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: Resultados, que comprende la presentación e interpretación de los resultados y la prueba de hipótesis.

Capítulo V: Discusión, que se refiere a la comparación de los resultados obtenidos con los antecedentes y aportes teóricos.

Finalmente se tiene las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas de acuerdo a las Normas Vancouver

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

El cáncer gástrico es el segundo cáncer de mayor incidencia en el mundo luego del cáncer del pulmón, alcanzando cifras tan altas como 900.000 casos nuevos por año (1,2). En el Perú y en especial en la región Huánuco el cáncer gástrico ocupa el primer lugar. Al respecto el médico especialista Abel Vergara Mallqui, señaló que el departamento de Huánuco está en primer lugar en defunciones por cáncer gástrico, Indicó que el mayor número de casos, se da en el distrito de Arancay, provincia de Huamalíes. "La causa es que no consumen agua hervida", expresó, Indicó que los factores que llevan a contraer este mal, son el consumo de tabaco, alcohol, sal, bajo consumo de frutas y verduras, cocinar a leña, el asbesto, la obesidad, sedentarismo, entre otros. (3) Comentó que a pesar de que en Europa y Estados Unidos las cifras de esa enfermedad son superiores, en América Latina las defunciones son mayores, porque las detecciones son tardías, que en las mujeres el cáncer se presenta entre los 35 y 40 años de edad, siendo éstos de cerviz, mama y estómago; mientras que en los varones entre los 60 y 70 años de edad (estómago, próstata y piel), las medidas que podemos tomar frente a esto es la prevención con la finalidad de que los ciudadanos prevengan esta enfermedad, donde el sector Salud realizará campañas médicas gratuitas con la finalidad de detectar el mal a su debido tiempo, del 2006 al 2011 detectaron 1017 casos de cáncer de estómago, 631 de cerviz, 191 de hígado, 141 de pulmón, 132 de próstata, 125 de mama y 89 de piel. Recomendaron exámenes de sangre y endoscopías.

El origen del cáncer gástrico es multi-causal, y en su etiología participan factores externos con potencial para desencadenar respuestas anormales en las células o interferir en sus procesos

normales de proliferación. Encontrándose entre estos factores: la exposición ocupacional o ambiental a xenobióticos, tales como los hidrocarburos, aminas, compuestos nitrogenados, consumo elevado de alcohol, tabaco, y la infección por *Helicobacter pylori* (4).

La literatura menciona que el consumo moderado de alcohol, se establece en la ingesta de 10-12 g de alcohol/día para mujeres y 20-24 g de alcohol/día para los hombres; así mismo un consumo elevado de alcohol en más de 60 g diarios y 40 g diarios, para hombres y mujeres respectivamente (5). Estas diferencias se deben fundamentalmente a la mayor susceptibilidad de las mujeres para metabolizar el alcohol (6).

La patología producida por el alcohol varía dependiendo de factores genéticos y ambientales que pueden incidir directamente en su efecto tóxico o indirectamente a través de la modulación de su metabolismo y los mecanismos de daño (7).

Es así que se han propuesto varios mecanismos para explicar el posible papel del alcohol en el desarrollo de cáncer gástrico. El etanol de las bebidas alcohólicas es considerado como "el principal ingrediente que hace cancerígeno a estas bebidas" (8,9). El etanol induce diversas especies de oxígeno reactivo y al estrés oxidativo, que daña el ADN y afecta a su reparación. La ingesta crónica de etanol se sabe que inducen el citocromo P4502E1 (CYP2E1) en varios órganos, incluyendo el tracto gastrointestinal, que aceleran la conversión de los pro-carcinógenos (presentes en las bebidas alcohólicas) en carcinógenos. Además, puede actuar no sólo como un disolvente para estos carcinógenos para entrar en la célula de la mucosa del estómago, sino que también puede tener efecto físico directo sobre el tejido (10).

Así también, en el cuerpo (11), el etanol se puede convertir por la alcohol deshidrogenasa y la CYP2E1 en acetaldehído. Éste puede promover la carcinogénesis: causando mutaciones puntuales, induciendo intercambios de las cromátides hermanas, deteriorando la reparación del ADN, promoviendo la inducción de la metaplasia del epitelio, y la formación de ADN con aductos mutagénicos (12).

El acetaldehído (principal agente cancerígeno de la bebida alcohólica), es un metabolito del alcohol presente en todas las bebidas; quien, junto a las nitrosaminas, son compuestos orgánicos con efecto cancerígeno demostrado en muchas especies animales (13).

Sin embargo, aún no existe uniformidad sobre la asociación entre el consumo de alcohol y el riesgo de cáncer gástrico; es así que algunos autores muestran una asociación positiva en un estudio de cohorte y otro de casos y controles específicamente para el consumo de vino (el cual presenta el más alto contenido de acetaldehído) y vodka (14). El consumo de alcohol también se asoció con el desarrollo de cáncer primordialmente en la zona distal del estómago, así como el consumo por encima de 60 g/día de cerveza. Un extenso meta-análisis de los datos publicados hasta junio de 2010 llegó a la conclusión de que el consumo moderado de alcohol está probablemente no relacionado con el cáncer gástrico, sin embargo existía una asociación positiva con el consumo excesivo de alcohol; además el riesgo fue más alto para cáncer gástrico diferente al cardias que para este (15)

Por otra parte, existen estudios de casos y controles y otros de cohorte donde se menciona que el consumo elevado de cerveza, vodka y el vino no tienen una relación significativa con el riesgo de desarrollar cáncer gástrico.

Tal es así que aclarar el papel del consumo perjudicial de alcohol en la etiología del cáncer gástrico es importante, porque el consumo del alcohol está muy extendido. Una alta cantidad de consumo de alcohol y un alto nivel de consumo perjudicial de alcohol, en comparación con otros países Latinoamericanos se han reportado en el Perú: el 39% de los hombres bebieron ≥ 60 g de alcohol puro en una sola ocasión al menos una vez al mes en 2016. Sin embargo, hay poca información disponible sobre los efectos a largo plazo que produciría el consumo de alcohol en el riesgo de cáncer gástrico.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema general

¿Existe relación entre alcoholismo y cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿El alcoholismo es un factor de riesgo de cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018?
- ¿Cuál es la frecuencia del consumo de alcohol en pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018?
- ¿Cuál es la frecuencia de cáncer gástrico en pacientes que consumen alcohol del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre alcoholismo y cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar si el alcoholismo es un factor de riesgo de cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018
- Determinar la frecuencia de consumo de alcohol en pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018.

- Determinar la frecuencia de cáncer gástrico en pacientes que consumen alcohol del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018.

1.4. Justificación del estudio

De todos los tipos de cáncer en el Perú, el cáncer gástrico (CG) ocupó el segundo lugar con una prevalencia de 11,1% durante los años 2006-2011. En Huánuco ocupó, el primer lugar en la tabla de incidencias de enfermedades neoplásicas que se presenta en varones (38/100 000) y el tercer lugar en mujeres (27/100 000) (16).

En los países industrializados la incidencia y mortalidad de cáncer gástrico han venido disminuyendo, debido a los programas de detección y diagnóstico precoz; sin embargo, en los países en vías de desarrollo como el Perú, ésta aún se mantiene.

Teniendo en cuenta esta realidad y considerando que el consumo de alcohol alcanza una prevalencia entre el 35 – 50% en todo el Perú, el presente trabajo busca brindar una herramienta de información, orientación y educación con el fin de sensibilizar a la población, especialmente a los huanuqueños, sobre el riesgo que puede desencadenar el consumo excesivo de alcohol (15)

1.5. Limitaciones de la Investigación

Las limitaciones de la presente investigación:

- Limitado tiempo disponible, puesto que la responsable de la presente investigación trabaja en un centro de salud.
- Accesibilidad con cierta limitación en la toma de datos.
- Accesibilidad a la veracidad de respuestas, ya que en muchos casos los sujetos de la muestra falsean información cuando se trata de investigar conductas y comportamientos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

En Japón, uno de los países con mayor prevalencia de cáncer gástrico, en el año 2008 se publicó una búsqueda exhaustiva de investigaciones sobre la asociación entre el desarrollo de cáncer gástrico y el consumo de alcohol, evaluando un total de once estudios de cohorte. Como resultado se encontró que en diez de estos estudios no se reportaba una asociación y que tan solo en uno se mostraba asociación, siempre en pacientes del sexo masculino (17).

Existen estudios que muestran que la expresión de MMP2, MMP9 y el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF, por sus siglas en inglés), participan en los procesos de crecimiento celular, invasión, metástasis y angiogénesis. Hay evidencias que sugieren que la expresión de VEGF está relacionada positivamente con los niveles de expresión de las MMP2 y MMP9, sugiriendo su uso potencial como marcadores moleculares de carcinoma gástrico (18).

Estas determinaciones de la actividad de las MMPs se han estudiado a partir de biopsias y muestras sanguíneas y no en fluidos como la saliva, que además de reflejar el estado del organismo, su obtención no requiere de procedimientos invasivos.

En el 2006, en Colombia, mediante un estudio de casos y controles se reportó la existencia una asociación significativa entre el cáncer gástrico y el tipo sanguíneo A, con una razón de momios (OR, por sus siglas en inglés Odds Ratio) de 2.22 (con un Intervalo de Confianza [IC] 95%: 1.38-3.57). Por otro lado, se encontró una asociación entre sujetos con familiares en primer grado, con cualquier tipo de cáncer, OR = 1.91 (IC 95%: 1.05-3.46). Otra variable estudiada

fue la edad, encontrándose que tener una edad menor de 50 años reduce el riesgo de cáncer gástrico OR = 0.44 (IC 95%: 0.26-0.77). Se encontró asociación significativa con dieta y cáncer gástrico (19).

En el año 2007, se estudiaron los efectos del consumo de tabaco sobre el desarrollo de cáncer en el estómago, a través de un estudio de casos y controles. Como resultados se evidenció una asociación significativa entre el hábito de fumar y el riesgo de cáncer gástrico, con un OR=2.1 (IC95%: 1.06- 4.4), haciéndose más evidente el riesgo de padecer cáncer gástrico a mayor consumo de tabaco, OR=5.6 (IC95%: 1.8-17.6). También se halló asociación significativa entre dicho cáncer y los estratos socioeconómicos medio y bajo. Este trabajo sugiere que dejar de fumar protege del riesgo de desarrollar cáncer el estómago (20).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

En el año 2017, se realizó un estudio sobre consumo perjudicial de alcohol como factor de riesgo para cáncer gástrico. Estudio observacional analítico, para comparar proporciones con respecto al consumo perjudicial de alcohol relacionado con CG: uno con CG (casos) y otros sin CG (controles) atendidos en los Hospitales Regional y Belén de Trujillo. Como resultado se tiene que: El consumo perjudicial de alcohol es un factor de riesgo asociado al cáncer gástrico (OR: 2.121). La frecuencia de consumo perjudicial de alcohol en pacientes con cáncer gástrico fue de 63%. La frecuencia del no consumo perjudicial de alcohol en pacientes con cáncer gástrico fue de 37%. La frecuencia de consumo perjudicial de alcohol en pacientes sin cáncer gástrico fue de 45%. La frecuencia del no consumo perjudicial de alcohol en pacientes sin cáncer gástrico fue de 55% (21).

En el año 2009, se realizó un estudio sobre Factores Asociados al Desarrollo de Cáncer Gástrico en Pacientes del CECan, llegando a las siguientes conclusiones: Aun cuando el número de investigaciones relacionadas a la búsqueda de los factores asociados al desarrollo de

cáncer gástrico es extenso, la mayoría se origina en los países como Japón, China, Colombia, entre otros, que cuentan con una incidencia más elevada. Considerando que cada uno de los países e inclusive cada región dentro de ellos cuenta con características propias, como la alimentación, la ocupación y los hábitos de su población, es de suma importancia conocer los factores asociados a una enfermedad a nivel local, con el fin de propiciar su prevención o en todo caso su diagnóstico temprano. Esto es posible a través de la presente investigación que se enfoca a población veracruzana y que aporta datos que coinciden en su mayoría con lo descrito en la literatura nacional e internacional, como son mayor frecuencia de casos mayores a 50 años, con escolaridad de primaria o menos, nivel socio económico bajo, percepción de pérdida de peso en los últimos seis meses, el no empleo de refrigerador y una considerable prevalencia de patologías previas como la gastritis y la úlcera gástrica. Por otro lado, no se encontraron las diferencias estadísticamente significativas esperadas en ciertas variables, como el sexo, tipo sanguíneo A positivo, los antecedentes familiares de cáncer, la dieta, el tabaquismo y alcoholismo. Otro aporte de este estudio es el desarrollo del CUFA-TD©, que constituye una herramienta práctica, de fácil y rápida aplicación y a través de la cual se pueden obtener datos valiosos relacionados a distintos tipos de cáncer del tubo digestivo. Así como la estandarización de la técnica de zimografía para análisis de la actividad de MMP-2 y MMP-9, en fase acuosa de saliva humana, técnica que podrá ser empleada en el Laboratorio de Ecología y Salud en futuras investigaciones.

2.1.3. Antecedentes Locales

En el año 2016 se investigó sobre conocimiento y prácticas sobre factores de riesgo de cáncer en docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, llegando a las siguientes conclusiones: El 95,3% (122 docentes) presentaron conocimiento bueno sobre factores de riesgo de cáncer y por otro lado, el 4,7% (6 docentes) alcanzaron conocimiento deficiente. Asimismo, el 95,3% (122 docentes) mostraron

prácticas adecuadas sobre factores de riesgo de cáncer y por otro lado, el 4,7% (6 docentes) revelaron prácticas inadecuadas. En general, se encontró que existe relación significativa entre los conocimientos y prácticas sobre factores de riesgo de cáncer en docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, con $p \leq 0,000$. Respecto al conocimiento de las generalidades de cáncer no se relaciona con las prácticas sobre factores de riesgo de cáncer, con $p \leq 0,435$ (23).

En el año 2006, realizó un estudio titulado “Factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco, llegando a los siguientes resultados: El cáncer gástrico representa el 5.2% de los procedimientos endoscópicos en el periodo de estudio, con ligero predominio de casos en el sexo masculino (62.6%) y una edad promedio de 63.4 años. El principal síntoma fue el bajo de peso (94.6%), seguido de la dispepsia (93.9%) y las vinagreras (98.1%). El diagnóstico del cáncer gástrico se realizó en estadios avanzados de la enfermedad en el 97.3% de los casos. Se demostró una asociación importante entre el adenocarcinoma bien diferenciado y el *helicobacter pylori* en el 32.7% de los casos ($P=0.001$). Por medio del modelo multivariado final se identificaron como factores de riesgo significativos, los siguientes: la pachamanca ($OR=14.6$; $P=0.000$), los alimentos desecados ($OR=6.7$; $P=0.000$), el *Helicobacter pylori* ($OR=3.4$; $P=0.01$), el charqui ($OR=2.9$; $P=0.001$), la edad de 60 años a mas ($OR=2.5$; $P=0.002$), el grupo sanguíneo “O” ($OR=2.4$; $P=0.003$) y las comidas saladas ($OR=2.3$; $P=0.007$) (24).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. El alcoholismo

a) Definición de alcohol. Según la OMS, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos de hidroxilos (-OH). El etanol (C_2H_5OH , alcohol etílico) es uno de los compuestos

de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas (25).

El etanol es un líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, de infinita solubilidad en agua y miscible en cloroformo y éter. Su liposolubilidad es unas 30 veces menor que su hidro solubilidad. En lo relacionado con su valor nutritivo, 1 gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 Kcal.; este aporte energético no se acompaña de un aporte nutritivo como minerales, proteínas o vitaminas (26).

Además, es un depresor del sistema nervioso central que se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino delgado al torrente sanguíneo. Una bebida estándar equivale a 0.6 onzas de etanol puro. Una bebida estándar se considera 12 onzas de cerveza, 8 onzas de licor de malta, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licor fuerte (un "shot") como el tequila, el ron, el vodka o el whisky (27).

Las bebidas alcohólicas. Son líquidos que contienen alcohol (etanol) y que está destinado al consumo, se clasifican de acuerdo al proceso de preparación al que se sometan en: (25).

Fermentación. Consiste en la degradación de sustancias orgánicas por la acción de enzimas microbianos, acompañada con frecuencia de desprendimientos gaseosos (vino, cerveza, champán).

Destilación. Es la operación que consiste en vaporizar parcialmente un líquido y en condensar los vapores formados para separarlos. Así se obtienen licores de mayor contenido alcohólico (vermut, whisky, coñac, ron, ginebra, vodka).

- b) Consumo de alcohol.** El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumidos o por bebidas estándar consumidas. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se ha establecido que una bebida estándar corresponde a aquella que contiene alrededor de 10 gr de alcohol, semejante a lo contenido

en una lata de cerveza de 330 ml al 5% aproximadamente, una copa de vino de 140 ml al 12% o un vaso de destilados de 40 ml al 40%.(28).

- c) **Consumo experimental de alcohol.** Se considera las primeras veces que se consumen bebidas alcohólicas. El término se refiere en ocasiones a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante.

- d) **Factores de riesgo y de protección para el inicio del consumo de alcohol.** El inicio del consumo de alcohol se sitúa en la adolescencia temprana para la mayoría de los individuos. La adolescencia es reconocida como una etapa crítica, por ser una etapa de transición, donde muchos adolescentes tienen problemas para manejar tantos cambios a la vez y pueden desarrollar conductas de riesgo, como lo es el consumo de drogas, esto debido a la inexperiencia, al sentimiento de invulnerabilidad y al interés de experimentar con nuevos comportamientos (29). Se puede argumentar que el consumo de drogas ocurre originalmente para la mayoría de los individuos alrededor de los 15 a 17 años de edad, como un consumo experimental y a partir de este inicio puede dejar el consumo o bien se avanza a niveles de consumo excesivo y dependiente, en esta primera etapa el consumo es poco frecuente y de baja cantidad. (30).

Existen algunos factores que condicionan al adolescente a la hora de decidir iniciar el consumo, estos factores pueden definirse como factores de riesgo entendido como un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (31).

La evidencia sobre la naturaleza del fenómeno multicausal y complejo del consumo de alcohol desde la perspectiva de factores de riesgo es abundante y puede ser clasificada como: factores

biológicos, personales, familiares, psicológicos, escolares y ambientales/sociales (32)

- **Biológicos:** La predisposición genética, el riesgo genético influye sobre la predisposición a usar y desarrollar dependencia al alcohol, además puede determinar los patrones y los resultados del consumo.
- **Personales:** La edad, el estado de salud física y mental, el estrés, las creencias y expectativas acerca del alcohol, la búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial, baja satisfacción personal, el aislamiento, actitud apática, falta de valores, inseguridad.
- **Familiares:** Las familias disfuncionales, el maltrato, los conflictos familiares, los padres consumidores o con actitud proactiva hacia el consumo, el déficit o exceso de disciplina, la falta de lazos afectivos, frustración familiar, mala relación con los hermanos, crianza poco efectiva, ausencia de responsabilidades dentro de la familia, desinterés por la educación de los hijos, mala comunicación entre los miembros de la familia.
- **Psicológicos:** Baja autoestima, ansiedad, depresión, problemas de comportamiento, bajo autocontrol, disminución de las habilidades sociales y emocionales, estilos de afrontamiento inefectivos, dependencia emocional, inseguridad, necesidad de autoafirmación, baja satisfacción o capacidad de divertirse
- **Escolares:** Comportamiento inapropiado: demasiado tímido o agresivo en clase, deficiencia en el desempeño escolar, fracaso escolar, asociación con compañeros de comportamiento desadaptativo, abandono temprano de la escuela, barreras comunicacionales y de cordialidad entre los profesores y estudiantes, aislamiento del grupo, disponibilidad de alcohol en la escuela, y la promoción del individualismo y la competitividad.

- Ambientales/sociales: Las normas o leyes sociales favorables para el consumo, fácil acceso al alcohol, deprivación económica, la publicidad, la delincuencia y marginalidad, amigos consumidores.

Es importante reconocer que cada factor de riesgo tiene un impacto significativo sobre la respuesta individual hacia el consumo de alcohol, pero generalmente estos factores no influyen de manera precisa en la elección o no del consumo, más bien estos factores se interrelacionan entre sí, incrementando la probabilidad de consumo de alcohol, haciendo difícil encontrar una causa específica del origen de esta conducta. Para atenuar o disminuir estos factores de riesgo, se encuentran los factores protectores.

En su teoría de Desarrollo Social Hawkins y Weis, describen los factores protectores y los procesos implicados para incidir en la reducción de conductas de riesgo o comportamientos problemáticos como el consumo de drogas. Ellos proponen tres factores de protección que controlan los comportamientos problemáticos y antisociales como el consumo de alcohol (33):

- Las relaciones sociales (apego, compromiso, comunicación con la familia, la escuela y los compañeros y amigos no consumidores).
- Las coacciones o limitaciones externas (normas claras y consistentes contra el consumo de drogas, mantenidas o demostradas por personas importantes para el individuo) y,
- Las habilidades sociales (contar con estrategias de solución para afrontamiento asertivo de situaciones o tentaciones de consumo, autocontrol o auto eficacia de resistencia para no involucrarse con el consumo, auto concepto o autoestima, así como satisfacción y proyecto de vida) actuarían protegiendo al adolescente de su involucramiento con el alcohol y otras drogas.

Al igual que los factores de riesgo los factores protectores se pueden clasificar en individuales, familiares, psicológicos, escolares y ambientales/sociales (34).

- Factores Personales: Adecuado desarrollo y madurez, actitud positiva, proyecto de vida, aptitudes sociales, habilidad de resolución de conflictos, motivación al logro, habilidades cognitivas, autonomía, independencia, planificación del tiempo libre.
- Familiares: Ambiente cálido, buena relación con padres y hermanos, comunicación abierta y asertiva, cohesión o unión familiar, límites claros, apoyo y seguimiento de la educación de los hijos, manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia, tiempo de calidad, expectativas claras, promoción de hábitos sanos, compartir intereses y tiempo libre.
- Psicológicos: Adecuada autoestima, autocontrol, empatía, asertividad, capacidad de frustración y de postergar la satisfacción.
- Escolares: Perseverancia en los estudios, apoyo social, buena comunicación profesor-estudiante, establecimiento de lazos cordiales, buena relación con los compañeros, conexión entre la casa y la escuela, fomento de actividades extracurriculares y deportivas, fomento del trabajo en equipo y de la creatividad.
- Ambientales/sociales: Participación activa en la comunidad, apoyo social de los compañeros, relación con diversos grupos proactivos, promoción de actividades de ocio y tiempo libre, leyes y normas desfavorables para el consumo de alcohol, áreas que favorezcan la convivencia.

e) Consumo de alcohol en el mundo

A nivel mundial el consumo nocivo de alcohol se encuentra dentro de los principales factores que contribuyen a una muerte prematura prevenible. La prevalencia anual en el 2012 para este

consumo fue del 42%, tomando en cuenta que este consumo es considerado como legal en la mayoría de los países, pero al hacer un contraste con los demás tipos de drogas se puede apreciar que esta cifra es ocho veces mayor a la prevalencia anual de sustancias ilegales (5%). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011 (ENA) en México el 42.9% de los adolescentes de 12 a 17 años ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 30% en el último año y el 14.5% en el último mes. Por género se encontró que el 17.4% de los hombres y el 11.6% de las mujeres ha consumido alcohol el último mes. Siendo la cerveza la bebida preferida por la población, seguida por los destilados y los vinos de mesa.

De acuerdo a la OMS, el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar mundial entre los factores de riesgo de enfermedades y de discapacidad; es el primer lugar en América y el Pacífico Occidental y el segundo en Europa. En el mundo 320, 000 jóvenes entre 15 y 29 años mueren por causas relacionadas con el alcohol, lo que representa un 9% de la mortalidad de este grupo etario (35).

Según un estudio nacional realizado por Cedro, hoy en el Perú más de un millón 700 mil personas son adictas al alcohol. Además, este revelador estudio manifestó que la ingesta de esta 'droga social' es muy similar entre hombres y mujeres. Milton Rojas, encargado del Servicio de Consejería y Adicciones de 'Lugar de Escucha' de Cedro, afirmó que según dicho estudio aplicado por la institución, 1'736, 138 personas en el Perú tienen problemas severos de alcohol, es decir cumplen con indicadores de alcoholismo.

La investigación "Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana", presentada hoy, arroja igualmente que el 46,6% de chicos entre 12 y 18 años ha probado alcohol al menos una vez en la vida, mientras que el 83% de los jóvenes con edades entre los 19 y 24 años también reconoce haberlo hecho.

La brecha de consumo de alcohol entre hombres y mujeres ya no es tan grande. “Hace 10 ó 15 años los estudios de Cedro indicaban que existía una gran diferencia, pero ahora la brecha es mínima, mientras las mujeres registran un 77%, los hombres alcanzan un 81%”. De igual modo, las diferencia entre Sierra y Selva no son significativas” (36).

Este fenómeno tendría que ver con una serie de costumbres desafortunadas, asociadas a la religión, al deporte, señaló el experto, pues los chicos han internalizado que es necesario tomar para tener más éxito con las chicas, entre otras ideas erradas.

Asimismo, el estudio revela que las edades cada vez son más tempranas de inicio en el alcohol, así como la mayor frecuencia con la que se bebe. (36)

El alcoholismo y el consumo de marihuana son las adicciones más frecuentes en Huánuco y Leoncio Prado. En 2017 la Dirección de Salud atendió 763 casos: 673 varones y 90 mujeres. De ellos 520 casos fueron por consumo de alcohol, 200 de marihuana, 25 de cocaína, 13 de tabaco y otros de PBC, inhalantes, alcohol metílico, etc.

La adicción no discrimina edad. De los 763 casos 295 son adultos, 231 jóvenes, 200 adolescentes, 36 adultos mayores y 1 niño de 11 años de edad.

De los 763 casos 237 pacientes fueron tratados con atención psicoterapéutica por psicólogos en 9 módulos instalados con financiamiento de Devida.

Este año Devida invierte S/259 250 con 9 módulos de atención en establecimientos de salud de Las Moras, Potracancha y el Carlos Showing en Huánuco y en Castillo Grande, Aucayacu, Supte, Las Palmas y Tingo María en Leoncio Prado (37).

f) Morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de alcohol

El alcohol es una sustancia que afecta a todo el organismo. El sexo, la edad y las características biológicas del consumidor determinan el grado de riesgo al que se exponen cuando consumen. Los resultados de investigaciones en adolescentes muestran el daño neuronal secundario por consumo de alcohol en edades tempranas, presentando alteraciones de la conducta, de la memoria y de los procesos relacionados con el aprendizaje. Algunos estudios neuroanatómicos señalan que el alcohol puede alterar la estructura y la función del Sistema Nervioso Central (SNC) de manera significativa provocando deterioro neuropsicológico, sin embargo este deterioro puede presentar variabilidad debido a la cantidad de alcohol consumida, los antecedentes y el patrón de consumo, además del consumo de otras sustancias tóxicas (38)

Martínez a través del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), reporta algunas consecuencias que conlleva el consumo de alcohol en los adolescentes, como lo son:

- Los accidentes de tráfico, suicidios y homicidios.
- El inicio de la actividad sexual a edad más temprana y mayor tendencia a relaciones sin protección.
- Los adolescentes que inician a edades tempranas el consumo de alcohol incrementan 4 veces la probabilidad de desarrollar dependencia, que aquellos que inician el consumo en la edad adulta.
- Ausencia escolar, actitud negativa, bajo rendimiento académico, problemas de disciplina, que conllevan al abandono total de la escuela.
- Conflictos familiares, distanciamiento y hostilidad.

- Movimientos motores menos coordinados, reflejos lentos, afección del control de los músculos del habla y la actividad de los ojos.

Los problemas de salud son las principales consecuencias del consumo de alcohol, relacionado como la causa de 60 tipos de enfermedades tanto agudas como crónicas. Mismas que se pueden agrupar en tres categorías (Condiciones de salud íntegramente atribuibles al consumo de alcohol, condiciones crónicas que tienen el alcohol como factor contribuyente y condiciones agudas en las cuales el alcohol es factor contribuyente), reflejadas por la naturaleza de su condición y su relación etiológica del consumo de alcohol, por tipo de trastorno se pueden clasificar de la siguiente manera (39):

- Trastornos cardiovasculares como la hipertensión arterial, miocardiopatía dilatada, alteraciones del ritmo cardíaco, cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares.
- Trastornos digestivos. Orofaringe (queilitis, boqueras, glositis, gingivitis, caries, hipertrofia de la glándula parótida, cáncer de labio, lengua o de cavidad orofaríngea), esófago (reflujo gastroesofágico, esofagitis pépticas, hemorragias digestivas altas o bajas), estómago (gastritis alcohólica aguda o crónica, úlcera de estómago y cáncer de estómago), páncreas (pancreatitis aguda, colelitiasis), hígado (hepatopatía, hígado graso, hepatitis alcohólica, cirrosis alcohólica, hepatomegalia, hepatocarcinoma), intestino delgado (mala absorción intestinal, diarrea, desnutrición).
- Trastornos hematológicos. Alteraciones de los eritrocitos (macrocitosis, anemia megaloblástica), alteraciones de los leucocitos y alteraciones de las plaquetas.
- Trastornos osteomusculares. Osteoporosis, alteraciones articulares, miopatías y rabdomiólisis.

- Trastornos metabólicos. Alteraciones de las proteínas, lípidos y vitaminas, cetoacidosis alcohólica, hipoglucemia alcohólica.
- Trastornos endocrinos. Hipogonadismo hipogonadotrópico, con atrofia testicular e infertilidad, feminización por aumento de estrógenos plasmáticos, amenorrea, riesgo de aborto espontáneo, esterilidad, síndrome pseudo Cushing con atrofia muscular.
- Infecciones. Neumonías, tuberculosis, hepatitis virales por virus B y C, meningitis, infecciones cutáneas y peritonitis, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Cáncer. Oro faríngeo, esofágico, del tracto respiratorio superior, de recto y cáncer de mama.
- Trastornos neurológicos. Degeneración cerebelosa, demencia alcohólica, síndrome de Wernicke- Korsakoff, pelagra, beriberi, ambliopía alcohol-tabaco, enfermedad de Marchiafava-Bignami, mielinólisis pontina central, demencia alcohólica, atrofia cerebral, epilepsia, factor de riesgo de enfermedad cerebrovascular, polineuropatía y miopatía.

El efecto del consumo de alcohol en los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) es muy pronunciada por dos razones: la primera es porque las muertes atribuibles al consumo de alcohol se producen relativamente en etapas tempranas de la vida lo que resulta en muchos años perdidos por muerte prematura, y la segunda debido a que los trastornos por consumo de alcohol son a menudo incapacitantes. En muchos países de ingresos medios, el consumo de alcohol es el principal factor de riesgo para la carga de la enfermedad.

Además de los numerosos efectos crónicos y agudos, el consumo de alcohol se asocia con consecuencias psicosociales generalizadas como la violencia, el abandono, el maltrato y el

ausentismo en el lugar de trabajo, entre otros. Teniendo en cuenta el significado de las consecuencias del consumo de alcohol en comparación con otros riesgos para la salud, se puede apreciar que al consumo nocivo del alcohol no se le da la debida atención en las políticas públicas, esto podría explicarse a la baja percepción de riesgo por parte de los individuos y a la aceptación por parte de la sociedad como una práctica cotidiana (35).

g) La sociedad, la cultura y el consumo de alcohol

La historia del consumo de alcohol se puede remontar a la propia historia de la vida del ser humano, con una carga cultural que trasciende a través de las generaciones. Se le ha identificado presente en la historia de la sociedad en los distintos ámbitos de la vida del hombre; su origen se relaciona, con aspectos mágicos y religiosos. Formando parte de rituales y festividades colectivas, también ha estado presente en momentos de crisis cultural y de valores (40). Es considerada la droga legal más consumida que ha formado parte del entorno social y cultural a través de los años, su devenir histórico la ha convertido en una sustancia ampliamente utilizada y con una enorme aceptación social. El consumo de alcohol en los adolescentes es el reflejo de la adaptación a la sociedad y con un significado social durante la transgresión, el inicio al mundo adulto y el de cierto atractivo personal (41)

Desde el nacimiento los procesos de aprendizaje y de socialización presentes durante el desarrollo del ser humano influyen a través del aprendizaje de normas y comportamientos socialmente aceptados en la familia, la escuela, los amigos/pares y los medios de comunicación (42). La familia juega un papel crucial protegiendo del consumo de drogas, dado que la familia es el primer entorno social en el que se desarrolla el individuo y se modelan conductas, posee una estructura, organización, jerarquización y patrones de interacción social que condicionan el comportamiento de sus miembros.

En la sociedad actual la disponibilidad de las bebidas alcohólicas tiene una incidencia especial en el inicio del consumo, la presencia física de la sustancia predice la cantidad de consumo en la sociedad: cuanto mayor sea la cantidad presente en el medio social, mayor será la proporción de consumidores experimentales, habituales y dependientes. Es fácil que los individuos de cualquier edad, incluso los adolescentes consigan fácilmente las bebidas alcohólicas y a bajo precio, están disponibles en cualquier establecimiento con permiso o supermercado, los cuales en su mayoría las expiden sin exigir que sean mayores de edad (41).

h) El rol de Enfermería en la prevención del consumo de alcohol

La prevención del consumo de alcohol y otras drogas ha sido abordada en diferentes disciplinas, pero principalmente en la psicología creando un sinfín de teorías para explicar el comportamiento en la evolución del consumo de drogas, entre ellas el consumo de alcohol, este comportamiento puede darse en diferentes etapas como en cualquier tipo de adicción en las distintas drogas, las mismas que son>:

- **Etapas 1.** Experimentación
- **Etapas 2.** Uso ocasional
- **Etapas 3.** Uso habitual
- **Etapas 4.** Dependencia

Estas etapas permiten conocer las implicaciones que tienen el individuo y el consumo de alcohol, al poder identificarlos y actuar de manera efectiva de acuerdo a la etapa en la que se encuentre. Enfermería no es la excepción en la tarea de la prevención de adicciones, en los últimos años ha buscado posicionarse dentro de la producción de investigación en salud en busca de respuestas sobre este problema de salud pública. Es importante destacar que el consumo de alcohol no es un problema en sí, si este se realiza

de manera sensata, el problema es cuando se hace uso indiscriminado pasando del consumo sensato a un consumo dependiente, donde el individuo necesita de la sustancia y todas sus actividades giran en torno a la bebida, denominándose alcohólico (43).

El profesional de Enfermería es la persona clave en la prevención del consumo y en la promoción de estilos de vida saludable, dado que su principal función es el cuidado de la salud de los individuos, al estar presente en los tres niveles de atención, juega un papel fundamental en la salud de las personas durante toda su vida (González, Manzano & González, 2009). La prevención primaria debe ser la meta principal del profesional de enfermería en el consumo de alcohol, al ser el primer contacto en los servicios de salud, además tiene la capacidad de descubrir características que pudieran ser indicadores de un tipo de consumo y la facultad de intervenir para brindar promoción de la salud y prevención del consumo (44).

Sin embargo la investigación reciente indica que para que el papel de enfermería tenga un mayor impacto en la salud de los individuos en la prevención de las adicciones, se debe fortalecer el currículo de enfermería, para dar una perspectiva integral en el cuidado y la creación de fundamento teórico de enfermería que permita la integración de intervenciones de enfermería con efectos positivos a largo plazo y así mismo impactar en la reducción de la demanda de drogas tanto lícitas como ilícitas (45).

i) Dimensiones o fases del alcoholismo

El alcoholismo puede dividirse para su estudio en cuatro grandes fases:

- **Fase pre-alcohólica.** Se identifica cuando el individuo inicia su carrera alcohólica, no sabe ni él mismo que ya es alcohólico.

Según estadísticas de estudios recientes, se ha revelado que de mil personas que nacen, siete son alcohólicas con toda seguridad, lo cual reafirma que el alcohólico nace.

- **Fase prodrómica.** El alcohólico puede cometer actos antisociales e incluso hasta matar a alguien sin darse cuenta; aquello queda olvidado en la más completa amnesia e incluso puede aparentar en el momento de sufrir estas "lagunas" la más completa lucidez y control de sus movimientos psicomotrices.

El alcohólico trata de ocultar al principio de su carrera, ante las demás personas, que él bebe más de lo normal; pero ante el irresistible deseo de beber tiene que hacerlo a escondidas cuando va a alguna fiesta, reunión social, etc.

LA PREOCUPACIÓN POR EL ALCOHOL

- **Fase crítica.** En esta fase se desarrolla la enfermedad propiamente, en la cual, una vez cae el alcohólico, sigue su curso hasta llegar a su destrucción. Se inicia con la pérdida del control.

Una vez que el alcohólico bebe una pequeña cantidad de alcohol, por ejemplo un vaso de cerveza, o una copa de vino suave, se despierta en él una apremiante "NECESIDAD" de beber, la cual no termina hasta que no está totalmente embriagado.

Esta fase presenta las siguientes características

Razona su comportamiento de bebedor

Periodos de abstinencia total

Abandono de amistades

- **Fase crónica.** Su necesidad por el alcohol es demasiada y el individuo ya no se puede reintegrar a la sociedad, su concentración, atención, memoria y juicio van disminuyendo.

Los médicos presentan en esta fase un cuadro clínico de desorden mental que está encaminado a una demencia hasta llegar a una psicosis alcohólico, originada por el excesivo alcohol en el organismo. El alcohol será el veneno mismo para quién lo consuma.

"El alcoholismo está colocada entre las 4 enfermedades más importantes a nivel mundial y actualmente, se recomienda que las personas asistan a Alcohólicos Anónimos (A.A.) ya que es el medio más seguro para tener la enfermedad.

2.2.2. Cáncer gástrico

El cáncer gástrico es una de las enfermedades neoplásicas más frecuentes en el mundo, alcanzando cifras que sobrepasan el medio millón de muertes cada año. Es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en el revestimiento del estómago. La edad, la alimentación y las enfermedades del estómago afectan el riesgo de padecer de cáncer de estómago. Los síntomas del cáncer de estómago son indigestión e incomodidad o dolor estomacal. (46)

a) Factores de riesgo del cáncer gástrico

Entre estos factores se tiene:

- Antecedentes familiares. Los antecedentes familiares constituyen uno de los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer gástrico. Se ha visto que el riesgo de desarrollar cáncer gástrico es de dos a tres veces mayor en personas cuyos familiares de primer grado hayan presentado cáncer de estómago (47).

Se considera que uno de cada cinco pacientes afectados por cáncer gástrico tiene al menos un familiar de primer grado también afectado por cáncer gástrico; y que el adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal es el que más frecuentemente se relaciona con estos antecedentes. (48)

Sin embargo, la mayoría de los casos familiares se consideran esporádicos y según algunos autores consideran que estos podrían estar influidos por factores ambientales compartidos, como la infección por *H. pylori*, la dieta y la condición socioeconómica. (49)

El cáncer gástrico presenta una agregación familiar en aproximadamente 10% de los casos; sin embargo los de causa hereditaria representan apenas el 1-3%, y está conformado por el cáncer gástrico difuso hereditario (HDGC) y por el adenocarcinoma gástrico con poliposis proximal del estómago (GAPPS). (50)

Las personas con diagnóstico de cáncer gástrico difuso hereditario son diagnosticadas generalmente a una edad promedio de 40 años, con un rango de edad entre los 20 y los 70 años. Para su diagnóstico, es necesario que existan dos o más casos de carcinoma gástrico difuso en parientes de primer o segundo grado, con al menos uno diagnosticado antes de los 50 años; o que haya tres o más casos documentados de carcinoma gástrico difuso en parientes de primer o segundo grado, independientemente de la edad de inicio. (51)

Uno de los genes principalmente involucrados en el cáncer gástrico es el CDH1, que se localiza en el cromosoma 16q22.114. Este gen codifica una proteína llamada cadherina 1, que consiste en una glicoproteína dependiente de calcio, que actúa como un gen supresor de tumores. Las mutaciones de este gen conducen al desarrollo y la progresión de cáncer por la falta de inhibición de la adhesión celular. Esta inhibición aumenta la proliferación celular, invasión y metástasis (50).

Se considera que las mutaciones de este gen se encuentran presentes entre el 1-3% de los casos de cáncer gástrico, a excepción del cáncer gástrico difuso hereditario donde aproximadamente el 30% se debe a las mutaciones de este gen. Cada persona portadora de esta mutación presenta

aproximadamente el 80% de riesgo de desarrollar cáncer gástrico, por lo cual en ellos se recomienda la realización de una gastrectomía profiláctica (51). Los principales tipos de mutación de este gen consisten en inserciones pequeñas o deleciones que corresponden al 35% de mutaciones, y las mutaciones sin sentido y mutaciones del sitio de empalme en el 28% de las mismas (52).

Sin embargo, las mutaciones de este gen no son exclusivas del cáncer gástrico, también se han visto mutaciones del CDH1 en el carcinoma lobular de la mama, carcinoma colorrectal y cáncer de próstata (53).

Se ha determinado también que existen ciertos polimorfismos de los genes de la interleucina 17 y de la interleucina 10 que se han asociado con un mayor riesgo de cáncer de estómago, particularmente en las poblaciones asiáticas (54).

Por otra parte, se ha visto que el cáncer gástrico puede desarrollarse en el marco de otros síndromes de carácter hereditario como el síndrome de Li-Fraumeni, la poliposis adenomatosa familiar, el síndrome de Peutz-Jeghers, el síndrome de Lynch, la poliposis adenomatosa asociada al gen MYH, el síndrome de poliposis juvenil y el síndrome de Cowden. (Carneiro et al., 2014)

- Grupo sanguíneo. En cuanto al grupo sanguíneo se ha visto que las personas que tienen grupo sanguíneo A, tienen un 20% más de riesgo de presentar cáncer gástrico, en comparación a las personas con grupo sanguíneo O, B o AB. Se ha visto que esto se produce debido a que el factor de adherencia bacteriana "BabA" propio del *Helicobacter pylori*, presenta como blanco el antígeno sanguíneo Lewis b presente predominantemente en el grupo sanguíneo A, lo cual permite que se produzca daño directo

en el epitelio gástrico y así un mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico (55).

- Alcoholismo. El alcohol ha sido considerado como uno de los principales factores de riesgo para los diversos tipos de cáncer del sistema digestivo, sobre todo en lo que respecta al cáncer de boca, faringe, esófago, hígado, estómago y colon. La relación del alcohol con el cáncer de estómago ha sido controversial; sin embargo en estudios recientes se indica que uno de los posibles mecanismos por los cuales el alcohol está relacionado con el cáncer gástrico es por los acetaldehídos, que son los metabolitos primarios del alcohol, los cuales se ha visto que tienen un efecto tóxico local en la mucosa del estómago que aumenta el riesgo de cáncer gástrico (56).

De acuerdo a un metaanálisis llevado a cabo en 34557 pacientes con cáncer gástrico, y obtenido a partir de aproximadamente 50 estudios, se pudo identificar que únicamente el consumo elevado de alcohol muestra una relación estadísticamente significativa con el desarrollo de cáncer gástrico, sobre todo cuando existe un consumo de alcohol mayor a 50 gramos al día. Además se ha encontrado que el consumo de cuatro o más bebidas alcohólicas por día, duplica las posibilidades de desarrollar cáncer gástrico (57).

- Tabaquismo. Se considera que el riesgo relativo para desarrollar cáncer gástrico es 1,2 en ex fumadores y de 1,6 en fumadores. En cuanto al consumo de tabaco, se plantean varios mecanismos que explican su relación con el cáncer de estómago. En primer lugar se ha visto que las nitrosaminas y otros compuestos nitrosos presentes en el humo del cigarrillo pueden estar implicados en el proceso de carcinogénesis gástrico. Además se ha visto que en personas fumadoras, existe una disminución de la cantidad de células Natural Killers, las cuales forman parte de las células de defensa del sistema inmune (58).

Mientras mayor sea el tiempo de consumo de tabaco, mientras mayor sea la frecuencia y mientras mayor sea la cantidad de cigarrillos diarios que se consuma, mayores son las posibilidades de desarrollar cáncer gástrico (59).

La localización más frecuente de cáncer gástrico en personas fumadores es en la unión gastro-esofágica y a nivel del cardias (58).

- Consumo elevado de sal. Otro de los factores de riesgo asociados a cáncer gástrico es la dieta con gran consumo de sal. Se ha encontrado que la ingesta elevada de sal y de alimentos preservados con sal pueden potenciar la colonización por el *Helicobacter pylori* y llevar al desarrollo de cáncer gástrico. Además de manera independiente, la sal puede cambiar la viscosidad mucosa protectora que protege el estómago, conduciendo a la exposición a carcinógenos tales como compuestos N-nitroso; y puede provocar respuestas inflamatorias del epitelio gástrico, lo que puede aumentar la proliferación de células epiteliales como parte del proceso de reparación y la probabilidad de mutaciones endógenas (60).
- Obesidad. La obesidad se caracteriza por un estado inflamatorio crónico, con un aumento de la producción de factores proinflamatorios, como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), la IL- 6, la IL-7 y la proteína C reactiva. Dicha inflamación crónica puede promover el desarrollo de cáncer gástrico al estimular la proliferación e inhibir la apoptosis de las líneas celulares del cáncer gástrico humano. Además la obesidad conduce a niveles elevados de insulina, leptina, y de esteroides sexuales, lo que puede aumentar la proliferación celular y perjudicar la apoptosis y, en consecuencia, promover el crecimiento de células cancerosas.

La obesidad también promueve el reflujo gastroesofágico, debido a la presión intraabdominal elevada, y la transición a esófago de Barrett y posteriormente a cáncer de cardias (61).

- *Helicobacter pylori*. El *Helicobacter pylori*, anteriormente conocido como *Campylobacter pyloridis*, es una bacteria gram negativa, microaerofílica lo que quiere decir que es capaz de sobrevivir en presencia de niveles de oxígeno muy inferiores a los que se encuentran normalmente en la atmósfera. En cuanto a su estructura, se caracteriza por tener una forma espiralada o helicoidal, lo que le permite a la bacteria movilizarse en la viscosidad del moco gástrico; sin embargo se han hallado formas cocoides si se lo cultiva por un tiempo prolongado. Mide aproximadamente 3,5 micras de longitud y 0,5 micras de ancho. Se caracteriza por tener gran movilidad gracias a los 4-6 flagelos que presenta, que miden aproximadamente 30mm de longitud. Cada flagelo está compuesto por 2 flagelinas: flaA y flaB, de las cuales flaA es la más predominante. Ésta última se caracteriza por tener una baja actividad intrínseca para activar el receptor tipo Toll 5 (TLR5), lo que contribuye a la evasión de la respuesta inmune del huésped. El tiempo de incubación del *Helicobacter pylori* es generalmente de 3 a 5 días; aunque puede extenderse hasta siete días. (Goodwin & Worsley, 1993)

La infección por *Helicobacter pylori* se considera una de las más frecuentes a nivel mundial, sobre todo en los países en vías de desarrollo, en donde se hallan prevalencias muy altas que se encuentran entre el 70 al 90% de la población, de las cuales la mayoría se adquiere durante la infancia, principalmente antes de los 10 años de edad. Por otro lado, en los países desarrollados, la prevalencia es más baja, encontrándose entre el 25 al 50% de la población (63).

Aunque la prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* es elevada, se reporta que entre el 10% y el 20% de los

casos desarrollan síntomas de la infección, mientras que el 17% de los infectados desarrolla úlcera gástrica, el 4% cursan con complicaciones de la úlcera y solo 1% desarrolla cáncer gástrico (64).

Una de los factores de virulencia más importantes del *Helicobacter pylori* es la ureasa, la cual es una metaloenzima producida por el *Helicobacter pylori*, ubicada en el citosol y en la superficie de la bacteria. Su función es hidrolizar la urea presente en el estómago, en amonio y dióxido de carbono. El amonio producido aumenta el pH y neutraliza el ácido clorhídrico del estómago, lo que propicia un microambiente que le permite sobrevivir mientras se mueve para llegar al epitelio gástrico. El daño que se produce no es por el amonio per se, sino por el ión hidróxido generado por el equilibrio del amonio con el agua. Éste desdobra el moco gástrico, haciéndolo más fluido, con lo cual la bacteria puede desplazarse más fácilmente. A su vez, el amonio permite la activación del sistema inmune al producir quimiotaxis, activando los monocitos y neutrófilos y permitiendo la liberación de citocinas, lo que ocasiona una respuesta inflamatoria que contribuye al daño del epitelio gástrico. Además se encarga de promover la formación y liberación de radicales libres de oxígeno que ayudan a amplificar y perpetuar la respuesta inflamatoria local (65)

Otras proteínas de defensa del *Helicobacter pylori* también importantes son la mucinasa, la fosfolipasa, la proteína activadora de neutrófilos, la catalasa y la superóxido dismutasa, La mucinasa participa en la ruptura de la barrera de moco gástrico y la fosfolipasa A se encarga de la degradación lipídica del moco y en la hidrólisis de los fosfolípidos gástricos, causando un daño de la mucosa gástrica. La NAP, o proteína activadora de neutrófilos cumple varias funciones, entre las principales se encuentra que actúa como bacterioferritina para captar los iones ferrosos libres intracelulares que pueden dañar el ADN de H.

pylori; protege a la bacteria del estrés oxidativo; y es quimiotáctica para los neutrófilos, gracias a lo cual permite la translocación de neutrófilos del torrente sanguíneo a la mucosa del estómago. (66)

La catalasa se encarga de proteger al *H. pylori* contra los efectos dañinos del peróxido de hidrógeno, transformándolo en agua y oxígeno gaseoso; mientras que la superóxido dismutasa se encarga de transformar el superóxido a peróxido de hidrógeno, el cual luego es descompuesta por la catalasa o por otra enzima llamada glutatión peroxidasa.

En cuanto a los factores de adherencia del *Helicobacter pylori*, se destacan las proteínas BabA, SabA y OipA. La proteína BabA interactúa con las células epiteliales gástricas a través de los antígenos del grupo sanguíneo Lewis B glicosilados que forman parte del glucocálix de la membrana del epitelio gástrico. Su función es facilitar la colonización, inducir inflamación gástrica y potenciar la acción de otra adhesina, llamada SabA. Además genera una respuesta inmune no específica con producción de autoanticuerpos dirigidos a las células productoras de HCl (67).

La OipA, llamada también proteína inflamatoria externa, es otra de las adhesinas que se encuentra relacionada con una mayor producción de IL-8. Es importante mencionar que todas las cepas de *Helicobacter pylori* presentan el gen que codifica esta proteína, pero no todas las expresan.

La proteína SabA, llamada también proteína de adhesión al ácido siálico, se encarga de unirse a los receptores de ácido siálico de los neutrófilos y activar la respuesta oxidativa (64).

Existen algunos mecanismos directos e indirectos por los cuales el *Helicobacter pylori* puede conducir al cáncer gástrico. Los mecanismos indirectos están relacionados con la fuerte

respuesta inflamatoria producida en el estómago infectado. Esta inflamación crónica puede causar cambios moleculares y morfológicos en el epitelio gástrico, originando la siguiente secuencia histopatológica: gastritis superficial, gastritis crónica, atrofia gástrica, metaplasia intestinal, displasia y cáncer.

La inflamación crónica produce un aumento del recambio tisular, con excesiva proliferación celular lo cual favorece la posibilidad de daño del ADN de las células gástricas, al inducir mutaciones en el ADN o silenciar genes a nivel de su transcripción. Otra hipótesis de carcinogénesis por *H. pylori* propone que la infección induce daño al ADN por enzimas oncogénicas como la sintetasa inducible de óxido nítrico y la espermino-oxidasa, las cuales son inducidas en macrófagos y en células epiteliales. Por otro lado, los mecanismos directos están relacionados directamente con los factores de virulencia del *H. pylori*, principalmente aquellas cepas que expresan *vacA* y *cagA*. (68).

b) Síntomas del cáncer de estómago.

El cáncer del estómago puede ser difícil de detectar en sus inicios ya que a menudo no hay síntomas, y en muchos casos, el cáncer se ha extendido antes de que se encuentre. Cuando ocurren los síntomas, son a menudo tan discretos que la persona no se preocupa por ellos. El cáncer del estómago puede causar los siguientes efectos:

- Indigestión o una sensación ardiente
- Malestar o dolor abdominal
- Náuseas y vómitos
- Diarrea o estreñimiento
- Hinchazón del estómago después de comidas
- Pérdida del apetito

- Debilidad y fatiga
- Sangrado inusuales
- Cambios en el ritmo intestinal o urinario.
- Heridas que tardan en cicatrizar
- Dificultad en tragar alimentos
- Cambios repentinos en el aspecto de verrugas cutáneas
- Tos persistente o ronquera
- Pérdida de peso

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

c) Lesiones premalignas de cáncer gástrico

Las lesiones premalignas son consideradas como alteraciones estructurales que presentan un mayor riesgo de transformación cancerosa. Dentro de las lesiones premalignas para cáncer gástrico, encontramos a la gastritis atrófica, a la metaplasia intestinal, a la displasia intestinal y a los pólipos gástricos (69).

En cuanto a la gastritis atrófica, consiste en una serie de cambios de pérdida epitelial que generalmente se asocia a una disminución en la secreción ácida y niveles bajos de pepsinógeno. Presenta un riesgo de 0,1% anual de desarrollar cáncer gástrico (70).

La metaplasia intestinal es un proceso en el cual la mucosa gástrica se reemplaza por un epitelio similar a la mucosa intestinal. Esta a su vez, puede ser completa cuando el epitelio presenta características propias del intestino delgado, o incompleta cuando

éste es similar al colon. Se ha identificado una incidencia de cáncer gástrico de aproximadamente el 0,25% anual (71).

La displasia es el paso previo para el desarrollo de cáncer gástrico, esta a su vez puede ser leve, intermedia y severa; mientras mayor sea el grado de displasia, mayor es el riesgo de desarrollar cáncer gástrico. Se considera que existe un riesgo de 0,6% de desarrollar cáncer gástrico para la displasia leve y un 6% para la displasia grave (72).

d) Localización del cáncer gástrico

Según su ubicación anatómica, los adenocarcinomas gástricos se clasifican como proximales (ubicados en el cardias) y distales (originados en el cuerpo y antro). Los adenocarcinomas proximales se caracterizan por tener una naturaleza mucho más agresiva, una mayor afectación ganglionar y un peor pronóstico que los adenocarcinomas distales. Además, la tasa de supervivencia a los 5 años difiere entre ambos, con un 14% y 26% respectivamente (49).

Aproximadamente el 20% de cáncer gástricos se localizan en la parte superior, el 40% en la parte media y el 40% en la parte inferior del estómago. El 10% involucra más de una parte del órgano. De todas las partes del estómago, el sitio más frecuente de cáncer se presenta en el antro (73).

e) Clasificación del cáncer gástrico

Para la clasificación del cáncer gástrico, se emplean diversos sistemas de clasificación de acuerdo a los siguientes parámetros: aspecto macroscópico y aspecto microscópico/histológico. (74)

- Según aspecto macroscópico. Para la clasificación del cáncer gástrico según el aspecto macroscópico, se debe tomar en

cuenta si el cáncer se encuentra en una etapa temprana o incipiente, en donde se emplea la clasificación Japonesa, o si se encuentra en una etapa avanzada, donde se emplea la clasificación de Borrmann. Es importante diferenciar que en el cáncer gástrico temprano o incipiente, únicamente existe afectación de la mucosa y/o submucosa, y la supervivencia de estos pacientes a los 5 años es de 85-100%; mientras que en el cáncer gástrico avanzado ya existe afectación de la capa muscular y/o capas más profundas, y la supervivencia a los 5 años es de apenas el 5-20% (75).

- Según aspecto microscópico/histológico. Desde el punto de vista anatomopatológico, se ha visto que aproximadamente el 90-95% de todos los tumores gástricos corresponden a adenocarcinomas; el 5% está constituido por linfomas, el 2-3% está constituido por los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y el 1% por otros tipos de cáncer gástrico, tales como el tumor carcinoide gástrico, leiomiomas gástrico, schwannoma gástrico, entre otros (76).

Una de las clasificaciones más usadas según el tipo histológico en el cáncer gástrico, es la clasificación de Lauren que se emplea para los adenocarcinomas. Según esta clasificación, existen dos tipos de cáncer gástrico: los de tipo intestinal que corresponden a los carcinomas gástricos bien o moderadamente diferenciados, y los de tipo difuso que corresponde a la variedad infiltrativa, en donde los carcinomas son mal diferenciados, y en donde es posible observar células en anillo de sello. Es importante mencionar que los de tipo difuso se presentan con mayor frecuencia en personas jóvenes entre los 40-60 años y no existe predominancia en hombres o en mujeres; mientras que los de tipo intestinal se presentan con mayor frecuencia en personas con mayor edad entre los 55-80 años, y predomina en el sexo masculino. (73)

f) Diagnóstico del cáncer gástrico

Actualmente el método de elección para el diagnóstico de cáncer gástrico es la endoscopia digestiva alta con biopsia y citología, la cual presenta un rendimiento de hasta el 99% y ha reemplazado al estudio radiológico con bario, el mismo que cuenta con una sensibilidad del 70% y una especificidad del 90%. La confirmación de cáncer gástrico es de 70% con una biopsia, 95% con cuatro biopsias y se eleva a 98% con siete biopsias. Según el sistema Sydney se recomienda al menos tomar 5 biopsias, dos provenientes del antro, dos provenientes del cuerpo y una de la incisura angularis (77). Las ventajas de este estudio son que permite visualizar la lesión, su forma macroscópica, su tamaño, sus bordes, su profundidad y su localización. Una vez que se ha diagnosticado estos parámetros, es importante evaluar la presencia de diseminación del cáncer, para esto el estudio más usado es la tomografía de tórax, abdomen y pelvis. Este estudio nos permite evaluar metástasis hepáticas mayores a 5 mm de diámetro, afectación peritoneal e implicación de otros órganos, tales como son los ovarios y el recto; sin embargo no nos permiten determinar el grado de invasión parietal y la presencia de adenopatías regionales, para lo cual es útil la ecoendoscopia. Por otra parte, si los anteriores estudios de imagen presentan resultados negativos y aún se mantiene la sospecha, se recomienda la laparoscopia.

Es importante mencionar que aproximadamente un 30-40% de los pacientes con cáncer gástrico presentan metástasis que no han sido detectados con las técnicas convencionales. (78)

En cuanto a los exámenes de laboratorio, se ha encontrado que en aproximadamente la tercera parte de los pacientes con cáncer gástrico avanzado presentan niveles elevados de antígeno carcinoembrionario; sin embargo, no es considerado como un

marcador útil para establecer el diagnóstico. También se pueden encontrar cifras elevadas de fosfatasa alcalina que pueden indicar metástasis hepática. Por otra parte, en cuanto al hematocrito y hemoglobina se encuentran disminuidos en la mayoría de casos de cáncer avanzado (79).

g) Prevención del cáncer gástrico

Dentro de la prevención primaria del cáncer gástrico, se recomienda tener una alimentación con una alta ingesta de frutas y verduras, reducir el consumo de alimentos con sal y preservantes. También se recomienda seguir hábitos saludables, como no consumir tabaco y alcohol. Uno de los pilares fundamentales dentro de la prevención primaria, es la erradicación de la infección por *Helicobacter pylori*; se ha encontrado que el tratamiento en áreas de alta prevalencia disminuye el riesgo de cáncer gástrico de 1.7% a 1.1% (70).

Dentro de la prevención secundaria, se considera que la endoscopia con biopsia es el método estándar recomendado para el diagnóstico de cáncer gástrico. Se sugiere buscar atrofia gástrica, metaplasia intestinal o displasia en todo paciente sintomático mayor de 40 años o de cualquier edad con antecedentes familiares de cáncer gástrico (80).

Una de las herramientas que se han instaurado para tamizaje del cáncer gástrico consiste en la medición de los niveles de pepsinógenos I y II en el suero. Se ha determinado que valores bajos de pepsinógeno I, y de la razón entre pepsinógeno I y pepsinógeno II, pueden representar alto riesgo de gastritis crónica atrófica y cáncer gástrico (81).

2.3. Definición de términos

- ✓ **Alcoholismo.** Es la adicción a las bebidas alcohólicas. Se trata, por lo tanto, de una enfermedad provocada por el consumo excesivo de este tipo de bebidas, que genera diversos trastornos en la salud.
- ✓ **Anaplasia.** Significa sin forma y es un cambio irreversible en el cual las estructuras de las células adultas sufren una regresión a niveles más primitivos. Es un signo distintivo del cáncer. Las células anaplásicas pierden la capacidad para realizar funciones especializadas y se desorganizan en cuanto a su posición y citología.
- ✓ **Cáncer gástrico.** Es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en el revestimiento del estómago
- ✓ **Displasia.** Se caracteriza por alteraciones en las células adultas sanas, que dan lugar a una variación en la forma u organización normales, o cuando se reemplaza un tipo de célula madura por otra, en una etapa inferior de maduración. El estímulo común que crea una displasia es casi siempre externo, como radiación, inflamación, químicos tóxicos o irritación crónica. Una displasia puede ser reversible si se retira el estímulo.
- ✓ **Hiperplasia.** Consiste en un aumento reversible del número de células de determinado tipo tisular, que produce una mayor masa de tejido. Casi siempre se presenta como una reacción normal durante etapas de crecimiento y desarrollo rápidos (como en el embarazo o la adolescencia)
- ✓ **Hipertrofia.** Es un aumento en el tamaño celular. Por lo común se debe a una mayor carga de trabajo, estimulación hormonal o compensación relacionada de forma directa con la pérdida de otro tejido.
- ✓ **Metaplasia.** Un tipo de célula adulta es reemplazada por otro que rara vez se encuentra en el tejido afectado. Si se retira el estímulo el proceso es reversible; de lo contrario la metaplasia puede progresar

a una displasia. Las deficiencias vitamínicas y diversos agentes químicos pueden inducir una metaplasia.

- ✓ **Neoplasia.** Significa crecimiento nuevo y describe una masa tisular anormal que se extiende más allá de las fronteras del tejido sano, y por ende no cumple la función normal de las células de dicho tejido. Las neoplasias se caracterizan por crecimiento descontrolado, falta de regulación en la división y el crecimiento, y motilidad anormal; algunas de ellas son potencialmente lesivas para el huésped porque ocupan espacio y compiten por los nutrientes esenciales.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre alcoholismo y cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018.

Ho: No existe relación significativa entre alcoholismo y cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018.

2.4.2. Hipótesis específicas

- El alcoholismo es un factor de riesgo de cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018.
- La frecuencia del consumo de alcohol es alta en pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018.
- La frecuencia de cáncer gástrico es alta en pacientes que consumen alcohol del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018.

2.5. Variables

Variable 1: Alcoholismo

Variable 2: Cáncer gástrico

2.5.1. Definición conceptual de las variables

Alcoholismo. Se denomina alcoholismo a la adicción a las bebidas alcohólicas. Se trata, por lo tanto, de una enfermedad provocada por el consumo excesivo de este tipo de bebidas, que genera diversos trastornos en la salud.

Cáncer gástrico. Es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en el revestimiento del estómago. La edad, la alimentación y las enfermedades del estómago afectan el riesgo de padecer de cáncer de estómago. Los síntomas del cáncer de estómago son indigestión e incomodidad o dolor estomacal.

2.5.2. Definición operacional de la variable

Alcoholismo. Se denomina alcoholismo a la adicción a las bebidas alcohólicas. Se trata, por lo tanto, de una enfermedad provocada por el consumo excesivo de este tipo de bebidas, el mismo que será medido mediante el test de

Cáncer gástrico. Es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en el revestimiento del estómago. El mismo que será determinado mediante la ficha médica y el historial clínico del paciente.

2.5.3. Operacionalización de variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
V1: Alcoholismo	Frecuencia y cantidad de consumo	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de ingesta de bebidas alcohólicas - Cantidad de ingesta de bebidas alcohólicas 	Ordinal
	Dependencia del consumo	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia y consumo de bebidas alcohólicas entre 1 y 2 días - Frecuencia y consumo de bebidas alcohólicas entre 2 y 3 días - Frecuencia y consumo de bebidas más de 3 días 	
	Consumo de alcohol perjudicial	<ul style="list-style-type: none"> - Remordimiento o culpabilidad por haber bebido. - Olvido de las cosas por haber bebido - Conflictos y agresiones por haber bebido 	
V2: Cáncer gástrico	Incipiente	<ul style="list-style-type: none"> - Afectación de la mucosa y/o submucosa - Supervivencia a los 5 años es de 85%-100% 	Nominal
	Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> - Afectación de la capa muscular y/o capas más profundas - Supervivencia a los 5 años es de apenas el 5%-20% 	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Nivel de Investigación

3.1.1. Tipo de investigación

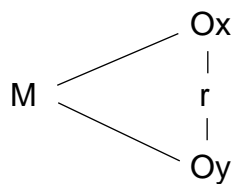
La presente investigación es no experimental, descriptivo correlacional puesto que no existió manipulación de variables.

- Por su periodo y secuencia de estudio es transversal.
- Por la ocurrencia de los hechos es prospectivo.

3.1.2. Nivel de investigación.

El nivel es correlacional ya que trató de conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular (82)

En concordancia con el tipo y nivel de investigación el diseño es correlacional-transversal cuyo esquema es:



Dónde:

M = Muestra

Ox = Alcoholismo

Oy = Cáncer gástrico

r =Relación entre variables

3.2. Descripción del Ámbito de la Investigación

La presente investigación trató sobre la relación entre el alcoholismo y el cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018.

Esta investigación se realizó en la ciudad de Huánuco, ubicado en la parte centro oriental del país, cuenta con dos regiones naturales, la sierra con 22 012 km² y la zona ceja de selva y selva, con 14 837 km², tiene un clima templado y seco en la parte andina y cálido en la zona montañosa. La temperatura promedio es de 19°C en sus valles. Se encuentra políticamente constituido por 11 provincias y 84 distritos

El tiempo de duración de la presente investigación fue de cinco meses.

3.3. Población y Muestra

3.3.1. Población

La población fueron los pacientes detectados con cáncer gástrico en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco desde el 2017 hasta noviembre del 2018, que sumaron 25.

3.3.2. Muestra

Por ser una población pequeña, la muestra fue igual a la población, por lo que se trata de una muestra universal o población censal.

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Técnicas.

En la presente investigación se utilizó:

- Encuesta: para evaluar el consumo de alcohol en los pacientes con cáncer gástrico.

- Análisis documental: Para determinar a los pacientes que padecen de cáncer gástrico.

Instrumentos.

En la presente investigación se utilizarán dos instrumentos:

- Un Test de identificación de Trastornos por consumo de alcohol de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones que corresponde al Programa Nacional de Prevención y Lucha frente al uso nocivo de alcohol (AUDIT).

Dicho instrumento tiene 10 preguntas, 3 para determinar la frecuencia y cantidad de ingesta de alcohol, 3 para determinar la dependencia del consumo y 4 para determinar el consumo perjudicial de alcohol.

- Ficha médica de cada paciente que padece de cáncer gástrico.

3.5. Validez y Confiabilidad del instrumento

Un Test de identificación de Trastornos por consumo de alcohol por ser un instrumento ya elaborado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones que corresponde al Programa Nacional de Prevención y Lucha frente al uso nocivo de alcohol (AUDIT), ya fue validado por dicha institución por lo tanto es confiable.

3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos

Una vez elaborados los instrumentos con la validez de expertos y con su coeficiente de validación, se procedió con el siguiente plan:

- Se aplicaron los instrumentos a la muestra previa previo consentimiento informado
- Aplicación de fichas.
- Identidad del encuestado manejo con código.

- Control de calidad de instrumentos.
- Se ordenó la información o los datos en función a las variables y sus dimensiones.
- Se procesó la información en el Programa SPSS 21.0 para Windows y se presentarán en tablas y gráficos.
- Se determinaron las frecuencias absolutas, relativas y la media aritmética.
- Se realizó la prueba de hipótesis contrastando la hipótesis general únicamente puesto que se trata de una hipótesis estadística utilizando el coeficiente de correlación pertinente de acuerdo a la naturaleza de las variables, el tipo, nivel, diseño y objetivos de la investigación.

3.7. Aspectos Éticos de la Investigación

- **Principio de beneficencia:** es un concepto del ámbito de la ética de la investigación que establece que los investigadores deben tener como objetivo el bienestar de los participantes en un ensayo clínico u otro estudio de investigación.
- **Principio de no maleficencia:** La no-maleficencia: (no causar daño); todo ser humano tiene la obligación moral de respetar la vida y la integridad física de las personas, aun en el caso en que éstas autoricen para actuar en contrario. Nadie tiene obligación moral de hacer el bien a otro en contra de su voluntad, pero sí está obligado a no hacerle mal. Se trata de una obligación de carácter público y por eso puede ser exigida a todos coactivamente.
- **Principio de honestidad:** Es un valor o cualidad propia de los seres humanos que tiene una estrecha relación con los principios de verdad y justicia y con la integridad moral. En investigación este

principio se rige porque los datos presentados son reales y no falseados, así como se incorpora las citas y referencias bibliográficas de acuerdo a las Normas Vancouver.

- **Principio de confidencialidad.** Principio que consiste en mantener en el anonimato a los sujetos de la muestra, es decir, la confidencialidad es la garantía de que la información personal será protegida para que no sea divulgada sin consentimiento de la persona. Dicha garantía se lleva a cabo por medio de un grupo de reglas que limitan el acceso a ésta información.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación, Descripción e Interpretación de los Resultados

I. FRECUENCIA Y CANTIDAD DE CONSUMO

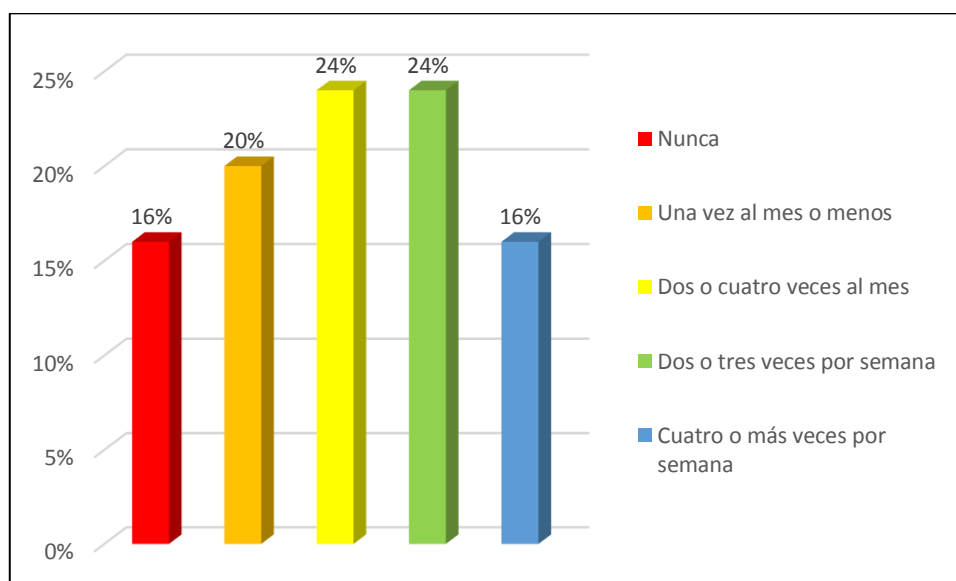
Tabla 1. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas de pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco

Nº	Consumo	fi	PORCENTAJE
01	Nunca	4	16%
02	Una vez al mes o menos	5	20%
03	Dos o cuatro veces al mes	6	24%
04	Dos o tres veces por semana	6	24%
05	Cuatro o más veces por semana	4	16%
	TOTAL	25	100%

Fuente : Cuestionario aplicado en diciembre del 2018

Elaboración : Propia

Gráfico 1. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas de pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco



En la tabla y gráfico 1, se observa que el 24% de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco tienen una frecuencia de consumo de alcohol de dos a cuatro veces al mes y de dos a tres veces por semana respectivamente, el 20% consume menos o una sola vez al mes el 16% lo hace cuatro a más veces por semana y solo el 16% no bebe ni ha bebido nunca. Como se puede apreciar el gran porcentaje de pacientes con cáncer gástrico consume o ha consumido bebidas alcohólicas cuya frecuencia es alta como por ejemplo de dos a tres veces por semana y cuatro a más veces por semana que de acuerdo a los estándares se encuentran dentro de la categoría de personas alcohólicas. Este hecho implica y se puede generalizar que el consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo para el cáncer gástrico.

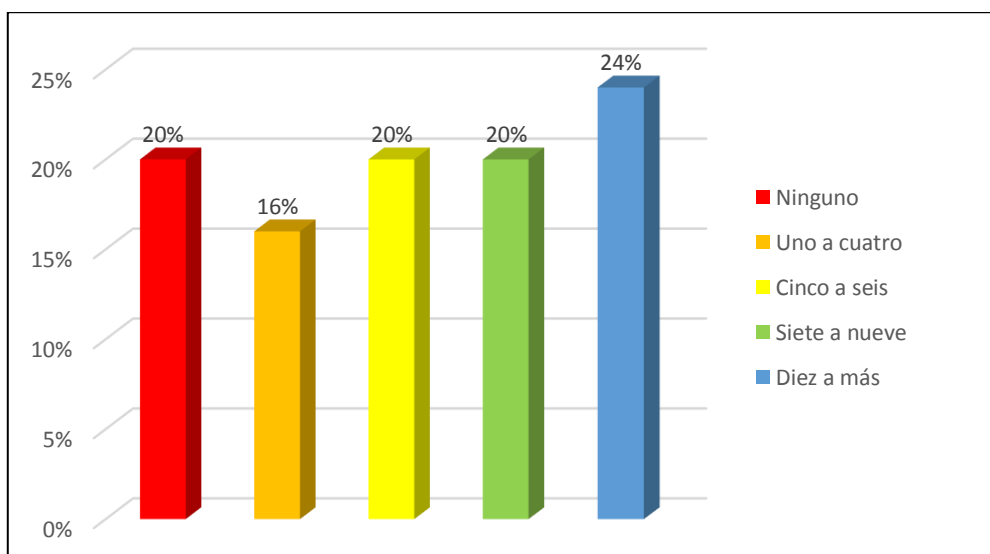
Tabla 2. Botellas de bebidas alcohólicas que ingieren en un día normal los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco

Nº	Cantidad de botellas	fi	PORCENTAJE
01	Ninguno	5	20%
02	Uno a cuatro	4	16%
03	Cinco a seis	5	20%
04	Siete a nueve	5	20%
05	Diez a más	6	24%
	TOTAL	25	100%

Fuente : Cuestionario aplicado en diciembre del 2018

Elaboración : Propia

Gráfico 2. Botellas de bebidas alcohólicas que ingieren en un día normal los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco



En la tabla y gráfico 2, se observa que el 24% de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco, consumen en un día o en una ocasión de diez a más botellas de alcohol, mientras que el 20% consumen de cinco a seis botellas y de siete a nueve botellas y el 16% consume de uno a cuatro botellas. Este hecho complementa el consumo alto de alcohol de este tipo de pacientes, lo que indica que además de la frecuencia alta, cada vez que lo hacen beben en cantidades mayores que rebasa lo normalmente permitido.

II. DEPENDENCIA DE CONSUMO

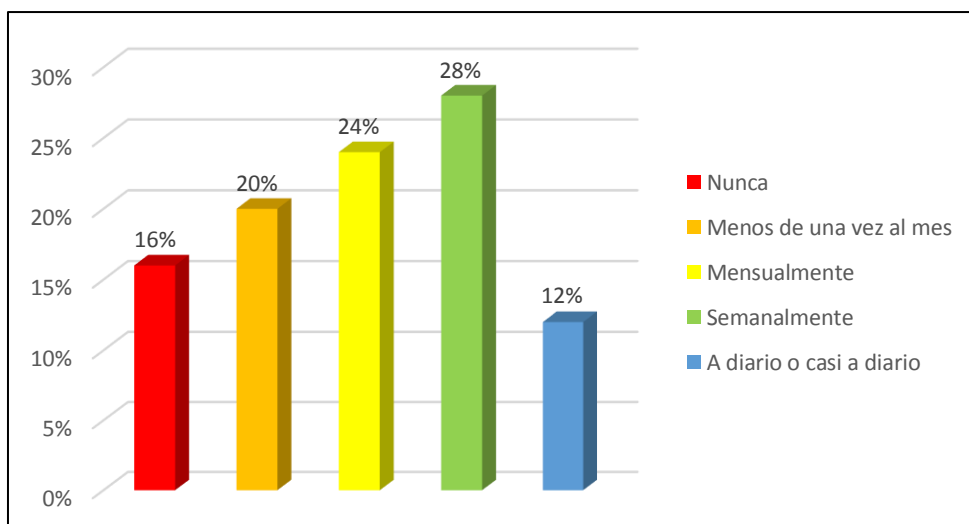
Tabla 3. Consumo de seis a más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco

Nº	Consumo	fi	PORCENTAJE
01	Nunca	4	16%
02	Menos de una vez al mes	5	20%
03	Mensualmente	6	24%
04	Semanalmente	7	28%
05	A diario o casi a diario	3	12%
	TOTAL	25	100%

Fuente : Cuestionario aplicado en diciembre del 2018

Elaboración : Propia

Gráfico 3. Consumo de seis a más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco



En la tabla y gráfico 3, se observa que el 28% de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco, consumen en un día o en una ocasión más de seis botellas de alcohol semanalmente, el 24% lo hace mensualmente, el 20% lo hace menos de una vez al mes, el 16% nunca le hace y en una forma alarmante el 12% lo hace a diario o casi al diario. Este hecho indudablemente permite evidenciar que estos pacientes tienen fuerte dependencia al consumo de alcohol, puesto que la cantidad que consumen en muchos casos con alta frecuencia sobre pasa lo permitido por la OMS y que están prácticamente catalogados como alcohólicos y consecuentemente son susceptibles a captar enfermedades cuyo factor principal o de riesgo precisamente es el consumo de alcohol.

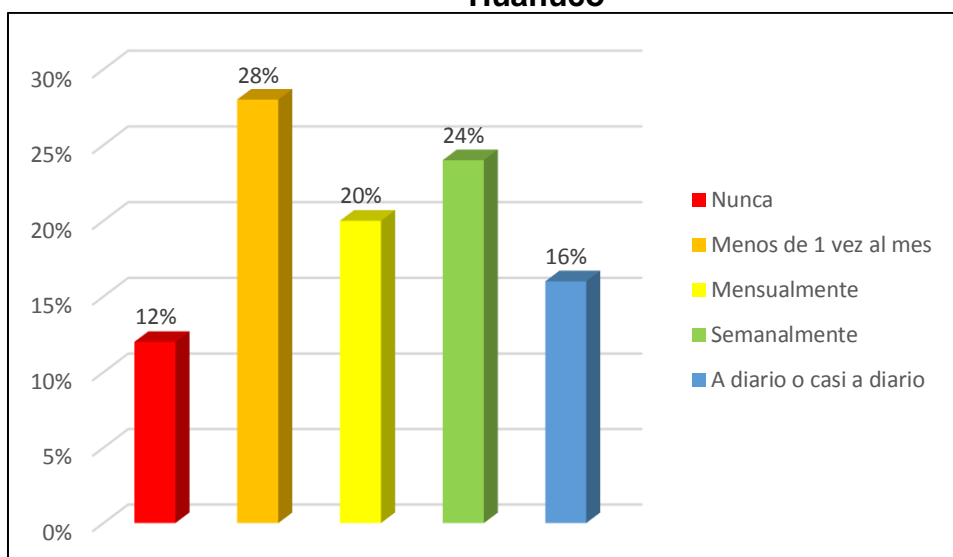
Tabla 4. Frecuencia de dejar de beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco

Nº	Voluntad de dejar de beber	fi	PORCENTAJE
01	Nunca	3	12%
02	Menos de 1 vez al mes	7	28%
03	Mensualmente	5	20%
04	Semanalmente	6	24%
05	A diario o casi a diario	4	16%
	TOTAL	25	100%

Fuente : Cuestionario aplicado en diciembre del 2018

Elaboración : Propia

Gráfico 4. Frecuencia de dejar de beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco



En la tabla y gráfico 4, se observa que el 28% de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco, menos de una vez al mes se les ocurrió que no pueden parar beber, el 24% lo hacen semanalmente, el 20% mensualmente, el 16% lo hace a diario o casi al diario y el 12% nunca lo hacen. Este hecho demuestra que la reflexión de dejar de beber o cortar la bebida cuando ya empezaron de parte de estos pacientes es casi muy poca o nula, puesto que existe un porcentaje que lo hace nunca, es decir la voluntad de parar de dejar de beber prácticamente es nula y también otro porcentaje considerable que intentan mensualmente que es el más alto porcentaje y posiblemente intentan cuando tienen alguna enfermedad o cuando les han detectado el cáncer gástrico.

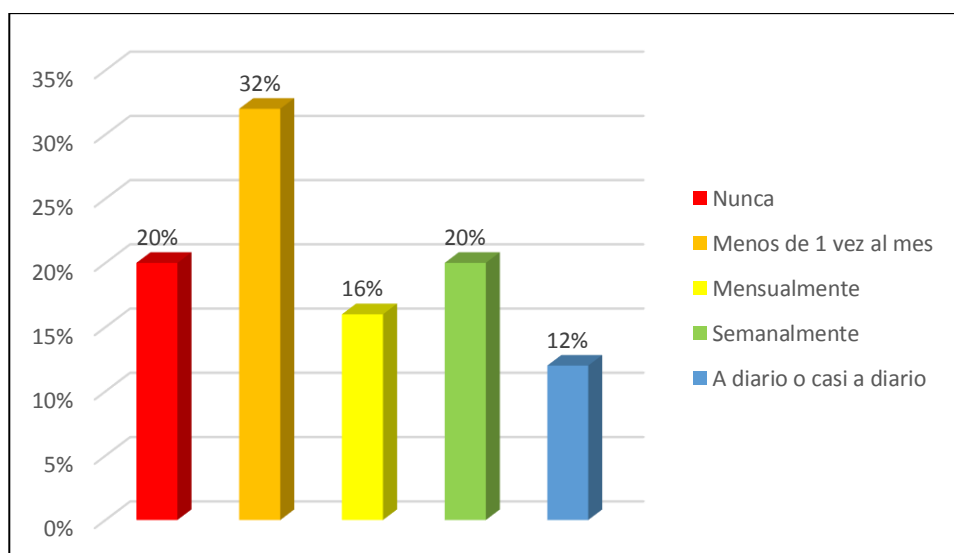
Tabla 5. Intento de dejar de beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco

Nº	Intento	fi	PORCENTAJE
01	Nunca	5	20%
02	Menos de 1 vez al mes	8	32%
03	Mensualmente	4	16%
04	Semanalmente	5	20%
05	A diario o casi a diario	3	12%
	TOTAL	25	100%

Fuente : Cuestionario aplicado en diciembre del 2018

Elaboración : Propia

Gráfico 5. Intento de dejar de beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco



En la tabla y gráfico 5, se observa que el 32% de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco, intentan dejar de beber definitivamente o reflexionan sobre este hecho solamente menos de una vez al mes o esporádicamente, el 20% nunca lo hace o intenta semanalmente, El 16% lo hace mensualmente y el 12% lo hace diariamente sin conseguirlo. Este hecho indudablemente permite también evidenciar que estos pacientes tienen fuerte dependencia al consumo de alcohol y no tienen voluntad o intentan pocas veces dejar de beber definitivamente lo que este mal se está haciendo endémico y es una de las causas principales en nuestra región del cáncer gástrico y el mal que causa el mayor porcentaje de muertes.

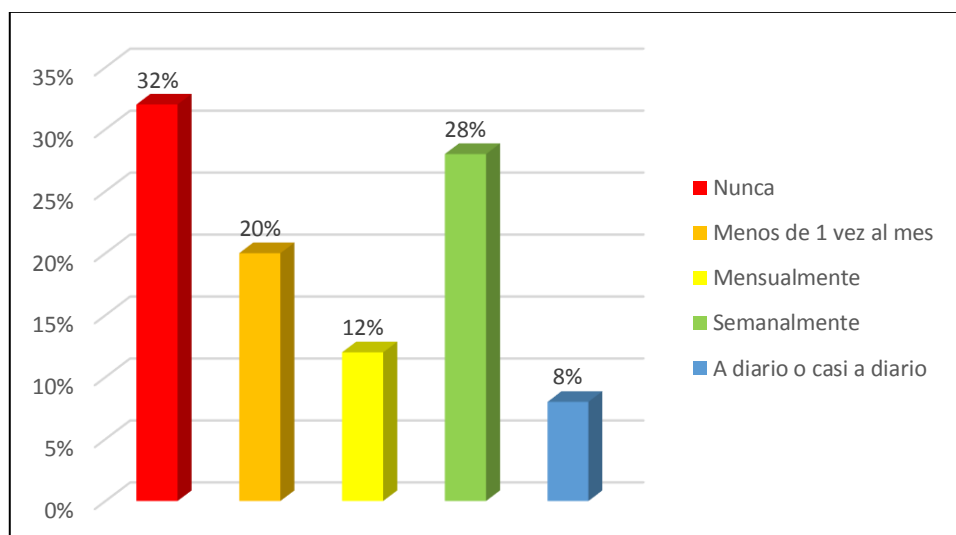
Tabla 6. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas por días consecutivos de pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco

Nº	Consumo	fi	PORCENTAJE
01	Nunca	8	32%
02	Menos de 1 vez al mes	5	20%
03	Mensualmente	3	12%
04	Semanalmente	7	28%
05	A diario o casi a diario	2	8%
	TOTAL	25	100%

Fuente : Cuestionario aplicado en diciembre del 2018

Elaboración : Propia

Gráfico 6. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas por días consecutivos de pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco



En la tabla y gráfico 6, se observa que el 32% de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco, nunca consumen el alcohol en días consecutivos, sin embargo el restante, es decir, el 68% lo hace en mayor o menor frecuencia, así se tiene que el 28% lo hace semanalmente, 20% al menos una vez al mes, el 12% lo hace mensualmente y el 8% lo hace a diario o casi a diario. Este hecho evidencia la alta dependencia de consumo de alcohol, puesto que la mayoría de dichos pacientes consumen días consecutivos el alcohol que indudablemente va en deterioro de su salud y un mal social que es un problema para todas las familias, y sobre todo que estos pacientes pertenecen en la mayoría de los casos a las poblaciones más vulnerables, donde el nivel socio cultural es bajo, pertenecientes a familias disfuncionales.

III. CONSUMO DE ALCOHOL PERJUDICIAL

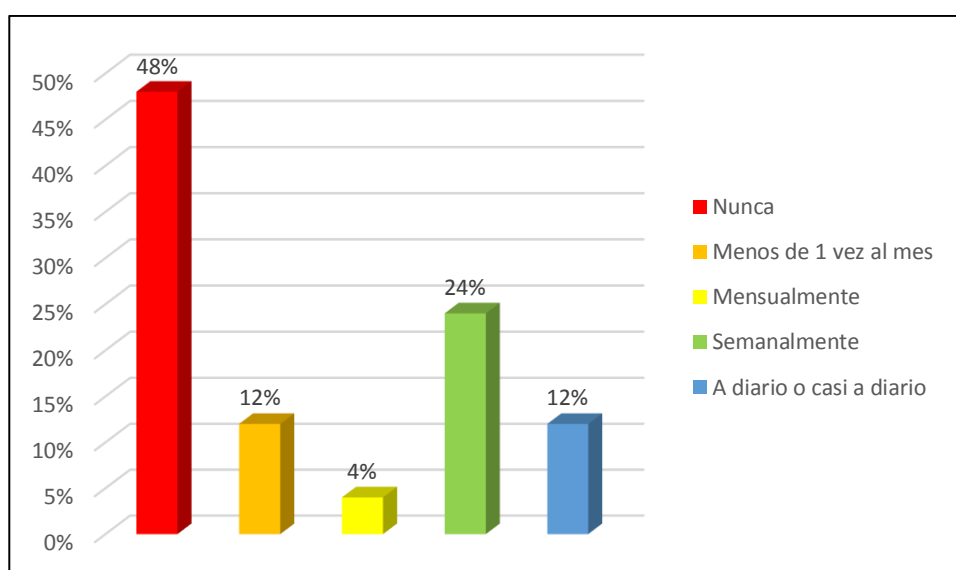
Tabla 7. Culpabilidad o remordimiento por beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco

Nº	Culpabilidad o remordimiento	fi	PORCENTAJE
01	Nunca	12	48%
02	Menos de 1 vez al mes	3	12%
03	Mensualmente	1	4%
04	Semanalmente	6	24%
05	A diario o casi a diario	3	12%
	TOTAL	25	100%

Fuente : Cuestionario aplicado en diciembre del 2018

Elaboración : Propia

Gráfico 7. Culpabilidad o remordimiento por beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco



En la tabla y gráfico 7, se observa que el 48% de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco, afirman que no tienen ningún tipo de culpabilidad o remordimiento sobre el hecho de consumir alcohol, del mismo modo el 24% reflexiona sobre este hecho semanalmente, el 12% lo hace o reflexiona una vez al mes y a diario respectivamente y el 4% se siente culpable cada mes, posiblemente después de haber tomado y tenido problemas en su hogar. Se puede evidenciar por lo tanto que estos pacientes con dependencia al alcohol en la mayoría de los casos no sienten culpabilidad o remordimiento alguno sobre actitudes que van en desmedro de su salud y de la integridad de la familia.

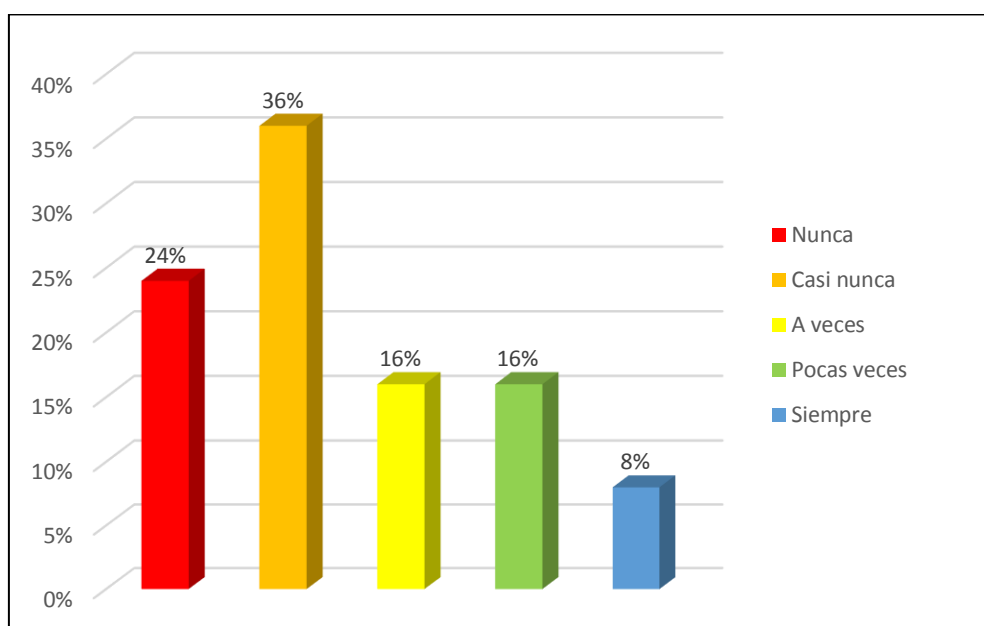
Tabla 8. Pérdida de memoria al momento de beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco

Nº	Olvido o pérdida de memoria	fi	PORCENTAJE
01	Nunca	6	24%
02	Casi nunca	9	36%
03	A veces	4	16%
04	Pocas veces	4	16%
05	Siempre	2	8%
	TOTAL	25	100%

Fuente : Cuestionario aplicado en diciembre del 2018

Elaboración : Propia

Gráfico 8. Pérdida de memoria al momento de beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco



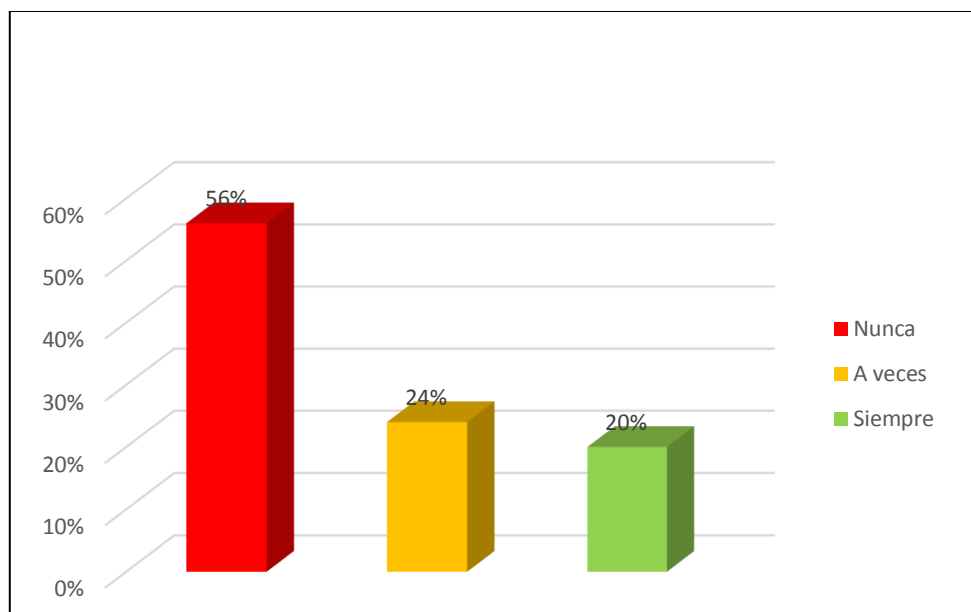
En la tabla y gráfico 8, se observa que el 36% de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco, afirma que casi nunca pierde la memoria o no se acuerda de hechos cuando bebe alcohol, el 24% afirma que nunca le ocurre este hecho, el 16% afirma que a veces o pocas veces no se acuerdan de hechos ocurridos en el lapso o intervalo de tiempo de consumo de alcohol y el 8% si afirma que siempre se olvida o pierde la memoria cuando bebe, es decir, después de beber no se acuerdo de algunos hechos o acontecimientos ocurridos.

Tabla 9. Lesiones ocasionadas por beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco

Nº	Lesiones	fi	PORCENTAJE
01	Nunca	14	56%
02	A veces	6	24%
03	Siempre	5	20%
	TOTAL	25	100%

Fuente : Cuestionario aplicado en diciembre del 2018
 Elaboración : Propia

Gráfico 9. Lesiones ocasionadas por beber de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco



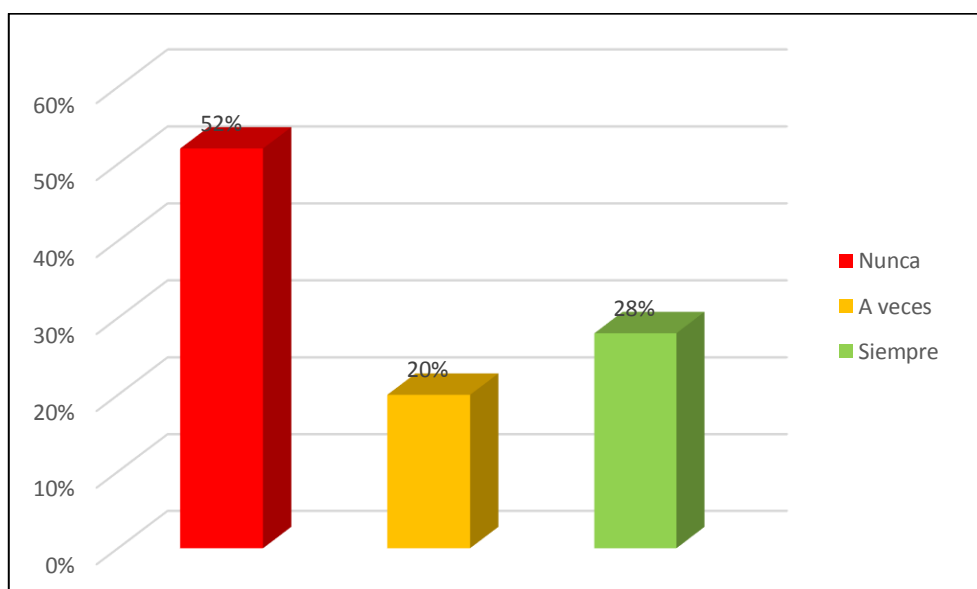
En la tabla y gráfico 9, se observa que el 56% de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco, afirman que nunca sufre lesiones al beber, el 24% afirma que a veces sufre lesiones y el 20% afirma que siempre tiene lesiones ya sea por caerse o por riñas o peleas entre los bebedores. Como se puede apreciar el consumo reiterado de alcohol tiene sus consecuencias en la salud física y mental de dichos pacientes por lo tanto es perjudicial en todo aspecto para la persona.

Tabla 10. Recomendaciones de familiares, amigos o profesional de salud para que deje de beber el paciente con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco

Nº	Recomendaciones	fi	PORCENTAJE
01	Nunca	13	52%
02	A veces	5	20%
03	Siempre	7	28%
	TOTAL	25	100%

Fuente : Cuestionario aplicado en diciembre del 2018
 Elaboración : Propia

Gráfico 10. Recomendaciones de familiares, amigos o profesional de salud para que deje de beber el paciente con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco



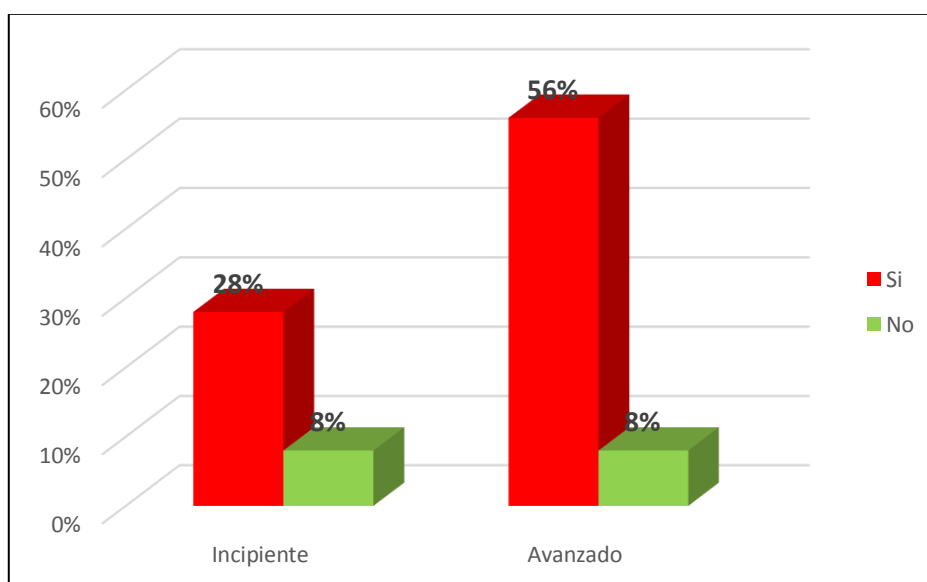
En la tabla y gráfico 10, se observa que el 52% de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco, afirman que nunca recibe recomendaciones de familiares, amigos o profesional de salud para que deje de beber, el 28% afirma que siempre recibe dichas recomendaciones y el 20% afirma que a veces recibe estas recomendaciones. Ello evidencia relativa preocupación de algunos familiares de estos pacientes para que dejen de consumir bebidas alcohólicas.

Tabla 11. Tipo de cáncer gástrico de los pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco

Nº	Tipo de cáncer	Consumo de alcohol				Total	
		Si		No			
		fi	%	fi	%	fi	%
01	Incipiente	7	28%	2	8%	9	36%
02	Avanzado	14	56%	2	8%	16	64%
	TOTAL	21	84%	4	16%	25	100%

Fuente : Ficha médica y Cuestionario aplicado en diciembre del 2018
 Elaboración : Propia

Gráfico 11. Tipo de cáncer gástrico de los pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco



En la tabla y gráfico 11, se observa que el 36 % de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco, se les ha detectado cáncer gástrico incipiente, de ellos el 28% afirman consumir alcohol y el 8% no lo hace; del mismo modo al 64% se les ha detectado cáncer gástrico avanzado o terminal de los cuales el 56% consumen alcohol y el 8% no lo hace. Como se puede apreciar en la mayoría de los casos, es decir el 84% de dichos pacientes con algún tipo de cáncer gástrico si consume o ha consumido alcohol y se reafirma como uno de los factores de riesgo para dicha enfermedad.

4.2. Prueba de hipótesis

Para la prueba de la hipótesis general se formuló la hipótesis nula y la hipótesis de investigación y por ser las variables cualitativas o categóricas y ser la muestra menor de 50 sujetos, se utilizó el coeficiente de Chi Cuadrado de Homogeneidad.

Para el procesamiento de datos se utilizó el Software SPSS (v. 21.0)

Los pasos seguidos fueron los siguientes:

- 1) Formulación de la hipótesis nula y de investigación
- 2) Nivel de significación: 5% (0.05)
- 3) Estadístico de prueba: Chi Cuadrado
- 4) Decisión

Si $P < 0,05$; se rechaza H_0

Si $P > 0,05$; se acepta H_0

Prueba de la hipótesis general

1. Formulación de hipótesis estadísticas:

Hi: Existe relación significativa entre alcoholismo y cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018.

Ho: No existe relación significativa entre alcoholismo y cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018.

2. Estadístico de prueba – Chi cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,734 ^a	4	,037
Razón de verosimilitud	11,335	4	,009
Asociación lineal por lineal	7,125	1	,015
N de casos válidos	25		

3. Decisión

Como el p-valor o significancia es menor que el error estimado o error de riesgo, entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a)

4. Conclusión

Se puede observar según los resultados obtenidos mediante la prueba Chi cuadrado, se obtuvo un valor p-significancia de 0.037 menor a 0.05, por lo que evidencia que existe relación significativa entre alcoholismo y cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Con relación a la verificación de la hipótesis general planteada el resultado indica que existe relación significativa entre alcoholismo y cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018, puesto que en la prueba Chi cuadrado, se obtuvo un valor p-significancia de 0.037 menor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis de investigación. Del mismo modo el alcoholismo es un factor de riesgo alto de cáncer gástrico puesto que del total de pacientes con esta enfermedad el 84% si consume alcohol y los demás no lo hacen o beben esporádicamente. Así mismo la frecuencia de consumo de alcohol es alta del total de 25 pacientes, 21 de ellos afirman consumir alcohol.

Estos resultados se relacionan con investigaciones anteriores como es el caso de:

García García, Luis Oswaldo realiza un estudio sobre consumo perjudicial de alcohol como factor de riesgo para cáncer gástrico. Como resultado se tiene que: El consumo perjudicial de alcohol es un factor de riesgo asociado al cáncer gástrico (OR: 2.121). La frecuencia de consumo perjudicial de alcohol en pacientes con cáncer gástrico fue de 63%. La frecuencia del no consumo perjudicial de alcohol en pacientes con cáncer gástrico fue de 37%. La frecuencia de consumo perjudicial de alcohol en pacientes sin cáncer gástrico fue de 45%. La frecuencia del no consumo perjudicial de alcohol en pacientes sin cáncer gástrico fue de 55%. Los resultados de esta investigación son coincidentes con la nuestra puesto que se encontró inclusive que el porcentaje de consumo de alcohol en pacientes con este mal es del 84%

Verdalet Olmedo, Monserrat, realizó un estudio sobre Factores Asociados al Desarrollo de Cáncer Gástrico en Pacientes del CECan, llegando a las siguientes conclusiones: Los factores de cáncer gástrico es extenso, la mayoría se origina en los países como Japón, China, Colombia, entre otros, que cuentan con una incidencia más elevada. Considerando que cada uno de

los países e inclusive cada región dentro de ellos cuenta con características propias, como la alimentación, la ocupación y los hábitos de su población, es de suma importancia conocer los factores asociados a una enfermedad a nivel local, con el fin de propiciar su prevención o en todo caso su diagnóstico temprano. Estos resultados indican que los factores asociados es amplio y que cada región cuenta con características propias prevaleciendo el tipo de alimentación, la ocupación y hábitos; ello indica que conociendo los hábitos de los pobladores de la ciudad de Huánuco podemos inferir que un factor de riesgo alto es el alcoholismo.

Hidalgo Carrasco, H. realizó un estudio titulado “Factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco, llegando a los siguientes resultados: El cáncer gástrico representa el 5.2% de los procedimientos endoscópicos en el periodo de estudio, con ligero predominio de casos en el sexo masculino (62.6%) y una edad promedio de 63.4 años. El principal síntoma fue el bajo de peso (94.6%), seguido de la dispepsia (93.9%) y las vinagreras (98.1%). Se demostró una asociación importante entre el adenocarcinoma bien diferenciado y el helicobacter pylori en el 32.7% de los casos ($P=0.001$)., comidas saldas y el alcohol en menor porcentaje.

CONCLUSIONES

- Se determinó que existe relación significativa entre alcoholismo y cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018, puesto que en la prueba Chi cuadrado, se obtuvo un valor p-significancia de 0.037 menor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.
- Se determinó que el alcoholismo es un factor de riesgo de cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco, puesto que del 100% de pacientes con esta enfermedad el 84% de ellos consumen alcohol.
- Se determinó que el consumo de alcohol en pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018, es alto, de 25 pacientes con este mal 21 de ellos afirmaron que han consumido o consumen alcohol con alta frecuencia donde en el peor de los casos lo hacen diariamente y en días consecutivos en un
- Se determinó que la frecuencia de consumo de alcohol en pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018, es alta puesto que los que tienen cáncer gástrico incipiente el 28% consumo alcohol y los que tienen cáncer gástrico avanzado, el 56% de ellos consumen alcohol.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los funcionarios, directivos y los responsables de la salud a nivel nacional, regional y local establecer campañas donde se eduque a las personas sobre los posibles síntomas que se pueden encontrar en el cáncer gástrico, para que estas personas puedan acudir a tiempo al médico y no se retrase el diagnóstico, para poder detener este mal y no se ubique en la etapa avanzada.
- Los responsables de salud deberían instaurar a nivel nacional y local técnicas de tamizaje, tales como la valoración del pepsinógeno, que nos permitan evaluar a las personas con mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico, y de esta forma poder realizar un diagnóstico precoz y evitar este malo que tiene mucha prevalencia en la región Huánuco.
- Se debe promover realizando campañas de alimentación saludable promoviendo la mejora en los estilos de vida, sobre todo aumentando la ingesta de frutas y verduras, reduciendo la ingesta de sal y evitando el consumo de tabaco y alcohol.
- Las autoridades locales de nuestra región deben controlar los locales de venta de alcohol, puesto que se observa que la mayoría de personas empiezan su consumo de adolescentes, inclusive estudiantes de primaria y secundaria están dentro del círculo de consumidores de alcohol

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez F, Paniagua M. Cáncer gástrico: Factores de riesgo. Rev Cubana de Oncol 1998; 14: 171-79.
2. Muñoz N, Fanceschi S. Epidemiology og gastric cancer and perpectives for prevention. Salud Pública México 1997; 39: 318-30.
3. Diario Correo
4. Cardona RD, Castaño ME, Marín MJ. Cáncer gástrico, tabaquismo, consumo de licor, estrato socioeconómico y polimorfismo en el codon 72 del gen p53 en una población de Manizales. Biosalud. 2007; 6:33-44.
5. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS, © 2008.
6. González-Gross M, Lebrón M, Marcos A. Revisión bibliográfica sobre los efectos del consumo moderado de cerveza sobre la salud. Ed. Centro de Información Cerveza y Salud, Madrid. 2000.
7. Kershenobich D. Alcohol y alcoholismo: definiciones actuales, mecanismos de daño y tratamiento clínico. Rev Gastroenterol Mex. 2010; 2(75):177-178.
8. International Agency for Research on Cancer (IARC): IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. A Review of Human Carcinogens: Personal Habits and Indoor Combustions. 100Eth edition. Lyon: IARC; 2012
9. Lachenmeier DW, Kanteres F, Rehm J. Carcinogenicity of acetaldehyde in alcoholic beverages: risk assessment outside ethanol metabolism. Addiction. 2009; 104:533–550.
10. Seitz HK, Stickel F. Molecular mechanisms of alcohol-mediated carcinogenesis. Nat Rev Cancer. 2007; 7(8):599–612.
11. Aragón C, Miquel M, Correa M, Sanchis SC. Alcohol y metabolismo humano. Adicciones. 2002; 14(1):23-38.
12. Everatt R, Tamosiunas A, Kusmickiene I, Virviciute D, Radisauskas R, Reklaitiene R, et al. Alcohol Consumption and risk of gastric cancer: a cohort study of men in Kaunas, Lithuania, with up to 30 years follo-up. BMC Cancer. 2012; 12:475.
13. International Agency for Research on Cancer (IARC): IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Some N-nitroso compounds. 17th edition. Lyon: IARC; 1978.

14. Mahjub H, Sadri GH. Association between Alcohol Consumption and Gastric Cancer: A Meta-Analysis. *J Res Health Sci.* 2007; 7(2):63-72.
15. Duell E, Travier N, Lujan BL, Clavel CF, Boutron RM, Morois S. Alcohol consumption and gastric cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohort. *Am J Clin Nutr.* 2011; 94:1266–75.
16. Albújar P. El Cáncer en Trujillo, 1991-1995. Estudio de incidencia y mortalidad. Registro de Base Poblacional de la ciudad de Trujillo-Perú. Concytec. Monografía Nro 3. Trujillo 2000; 17.
17. Shimazu T, Tsuji I, Inoue M. Published by the Oxford University Press [Internet]. 2008. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17317788?ordinalpos=1&itoo.
18. Zheng H, Takahashi H, Mural Y, Cui Z, Nomoto K, Niwa H, Tsuneyama et al. Expressions of MMP-2, MMP-9 and VEGF are closely linked to growth, invasión, metástasis and angiogénesis of gastric carcinoma. *Anticancer Res.* 2006; 26(5A): 3579-83.
19. Bermudez C, Insuasty J, Gamarra G. Grupo sanguíneo A y riesgo de cáncer gástrico en el Hospital Universitario de Santander (Colombia). *Acta Med Colombia*, 2006; (31): 400-10.
20. Castaño E, Parra H. Dejar de fumar: Factor protector de cáncer gástrico. Hacia la promoción de la salud [Internet]. 2007 Sep 28 [Citado 2008 Oct 3]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_10.pdf.
21. García García, Luis Oswaldo. Consumo perjudicial de alcohol como factor de riesgo para cáncer gástrico. (Tesis de pre grado). Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú; 2017.
22. Verdalet Olmedo, Monserrat. Factores Asociados al Desarrollo de Cáncer Gástrico en Pacientes del CECan. (Tesis de maestría). Universidad Veracruzana. Caracas, Venezuela, 2009.
23. Martel Ramos, Erika. Conocimiento y prácticas sobre factores de riesgo de cáncer en docentes de la Facultad De Ciencias de la Salud – Universidad de Huánuco 2016. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Huánuco. Huánuco, Perú; 2016.
24. Hidalgo Carrasco, H. Hidalgo Nicho, I. Factores de riesgo asociado al cáncer gástrico en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco. *Desafíos.* 2014; 2 (2): 12-21; 2006.
25. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
26. Álvarez, F. (2001). Farmacología del alcohol. En G. Rubio y J. Santo Domingo. Curso de Especialización en alcoholismo (pp. 1-24). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

27. National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2013). Alcohol. Recuperado de: [http://www.nida.nih.gov/PDF/ Infofacts/ Alcohol10_Sp.pdf](http://www.nida.nih.gov/PDF/Infofacts/Alcohol10_Sp.pdf).
28. Organización Mundial de la Salud. (2011). Global Status Report on Alcohol and Health. Ginebra, Suiza.
29. Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24 (001), 55-61.
30. Consejo Nacional Contra las Adicciones-Secretaría de Salud [CONADIC-SS] Encuesta Nacional de Adicciones. (2011). Cuernavaca, Morelos. Instituto Nacional de Salud Pública. 2011.
31. Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds), *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC. American Psychological Association.
32. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD]. (2004). Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención Escolar. Organización de los Estados Americanos. Washington, D.C.
33. Hawkins, J. D., & Weis, J. G. (1985). The Social Development Model: An Integrated Approach to Delinquency Prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6(2), 73-97.
34. Mosqueda-Díaz, A. & Carvalho, F. (2011). Factores protectores y de riesgo familiar relacionado al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19, 789-795.
35. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2012). Informe mundial sobre las drogas. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf.
36. Consumo de alcohol. <https://elcomercio.pe/noticias/consumo-de-alcohol>.
37. www.ahora.com.pe/mas-adictos-al-alcohol-y-marihuana-en-huanuco-y-leoncio-prado/
38. Ferrett, H. L., Carey, P. D., Thomas, K. G., Tapert, S. F., & Fein, G. (2010). Neuropsychological performance of South African treatment-naïve adolescents with alcohol dependence. *Drug Alcohol Dependence*, 110(1-2), 8-14.
39. Guerra, A., & García, L. (2013). Principales consecuencias a largo plazo debidas al consumo moderado de alcohol. Centro de Información sobre Salud y Alcohol (CISA). Recuperado de: <http://cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsecuencias-es-cap2.pdf>.

40. Alonso, C. M. M. (2008). Hacia la construcción de un modelo explicativo de factores de riesgo y consumo de alcohol en mujeres adultas. (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Psicología, Monterrey, Nuevo León, México.
41. Pons, J., & Buelga, S. (2011). Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75-94.
42. Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
43. Rodríguez, P. L. (2012) Valores Terminales e Instrumentales y Consumo de Alcohol y Tabaco en Estudiantes de Preparatoria (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Monterrey, NL, México.
44. Wright, G. Salud Internacional. El fenómeno de las drogas y la Profesión de Enfermería en América Latina. *Texto & Contexto de Enfermería*, 13(2); 2004.
45. González, M., Manzano, G. M., & González, M. El profesional de enfermería ante la prevención del consumo de alcohol en los adolescentes. ¿Es eficaz nuestra intervención en el medio escolar? *Revista Enfermería C y L*, 1(1), 2-13; 2009
46. Barboza Besada E. Cáncer de estómago. *Rev Med Hered [internet]*.1996; 7(2):87-100. Disponible en:<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000200006&lng=es&nrm=iso>.ISSN 1018-130X.
47. Felipe, P. J., & Manuel, P. E. (1998). Instituto de Gastroenterología CÁNCER GÁSTRICO: FACTORES DE RIESGO. *Revista Cubana de Oncología*, 14(3), 171–179. Retrieved from http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_398/onc06398.htm?iframe=true&width=80%25&height=80%25
48. Bernini, M., Barbi, S., Roviello, F., Scarpa, A., Moore, P., Pedrazzani, C., ... De Manzoni, G. (2006). Family history of gastric cancer: A correlation between epidemiologic findings and clinical data. *Gastric Cancer*, 9(1), 9–13. <https://doi.org/10.1007/s10120-005-0350-7>
49. Piazuolo, M. B., & Correa, P. (2013). *Colombia Médica Gastric cancer : Overview*, 44.
50. Carneiro, F., Wen, X., Seruca, R., & Oliveira, C. (2014). Familial gastric carcinoma. Retrieved from [http://www.diagnostichistopathology.co.uk/article/S1756-2317\(14\)00061-9/pdf](http://www.diagnostichistopathology.co.uk/article/S1756-2317(14)00061-9/pdf)

51. Kluijdt, I., Sijmons, R. H., Hoogerbrugge, N., Plukker, J. T., De Jong, D., Van Krieken, J. H., ... Cats, A. (2012). Familial gastric cancer: Guidelines for diagnosis, treatment and periodic surveillance. *Familial Cancer*, 11(3), 363–369. <https://doi.org/10.1007/s10689-012-9521-y>
52. Vogelaar, I. P., van der Post, R. S., Bisseling, T. M., van Krieken, J. H. J., Ligtenberg, M. J., & Hoogerbrugge, N. (2012). Familial gastric cancer: detection of a hereditary cause helps to understand its etiology. *Hereditary Cancer in Clinical Practice*, 10(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1897-4287-10-18>
53. Norton, J. A., Ham, C. M., Dam, J. Van, Jeffrey, R. B., Longacre, T. A., Huntsman, D. G., Ford, J. M. (2007). CDH1 Truncating Mutations in the E-Cadherin Gene. *Annals of Surgery*, 245(6), 873–879. <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000254370.29893.e4>
54. Long, Z. W., Yu, H. M., Wang, Y. N., Liu, D., Chen, Y. Z., Zhao, Y. X., & Bai, L. (2015). Association of IL-17 polymorphisms with gastric cancer risk in Asian populations. *World Journal of Gastroenterology*, 21(18), 5707–5718. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i18.5707>
55. Benbrahim, Z., Mekkaoui, A. El, Lahmidani, N., Ismaili, Z., & Mellas, N. (2017). Gastric Cancer: An Epidemiological Overview. *Epidemiology: Open Access*, 7(2), 8–12. <https://doi.org/10.4172/2161-1165.1000304>
56. Ma, K., Baloch, Z., He, T.-T., & Xia, X. (2017). Alcohol Consumption and Gastric Cancer Risk: A Meta-Analysis. *Medical Science Monitor*, 23, 238–246. <https://doi.org/10.12659/MSM.899423>
57. Touma, M., & Salvador, I. (2000). *Epidemiología del cáncer gástrico. Pichincha: Cámara Ecuatoriana del Libro.*
58. Smyth, E. C., Capanu, M., Janjigian, Y. Y., Kelsen, D. K., Coit, D., Strong, V. E., & Shah, M. A. (2012). Tobacco Use Is Associated with Increased Recurrence and Death from Gastric Cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 19(7), 2088–2094. <https://doi.org/10.1245/s10434-012-2230-9>
59. Praud, D., Rota, M., Pelucchi, C., Bertuccio, P., Tiziana, R., Carlotta, G., ... Johnson, K. C.
60. Ang, T. L., & Fock, K. M. (2014). Clinical epidemiology of gastric cancer. *Singapore Medical Journal*, 55(12), 621–628. <https://doi.org/10.11622/smedj.2014174>
61. Gangaraju Vamsi K. Lin Haifan. (2009). Mechanisms of Obesity-induced Gastrointestinal Neoplasia. *Nat Rev Mol Cell Biol.*, 10 (2)(1), 116–125. <https://doi.org/10.1038/nrm26>
62. Goodwin, C., & Worsley, B. (1993). *Microbiology of Helicobacter pylori. Gastroenterology Clinics of North America.*

63. Dunn, B. E., Cohen, H., & Blaser, M. J. (1997). *Helicobacter pylori*. *Clinical Microbiology Reviews*, 10(4), 720–41. <https://doi.org/10.1111/j.1083-4389.2004.00272.x>
64. De la Riva, S., Muñoz-Navas, M., & Sola, J. J. (2004). Carcinogénesis gástrica. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*, 96(4), 265–276.
65. Rivas, F., & Hernandez, F. (2000). *Helicobacter pylori*: Factores de virulencia, patología y diag-Rev Biomed, 11(3), 187–205. Retrieved from www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb001136.pdf
66. Gutiérrez, P., & González, I. (2012). Factores Patogénicos de *Helicobacter pylori* en Cáncer Gástrico.
67. Jiménez, F. T., & Bayona, C. T. (2016). Fisiopatología molecular en la infección por *Helicobacter pylori* Molecular pathophysiology in infection by *Helicobacter pylori*. *Salud Uninorte*, 32(3), 500–512.
68. De la Riva, S., Muñoz-Navas, M., & Sola, J. J. (2004). Carcinogénesis gástrica. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas*, 96(4), 265–276.
69. Ortego, J., & Cebrián, C. (2001). Precursores del cáncer gástrico. España.
70. Sasazuki, S. (2016). The ABC Method and Gastric Cancer: Evidence From Prospective Studies. *Journal of Epidemiology*, 26(12), 611–612. <http://doi.org/10.2188/jea.JE20160140>
71. Farreras-Rozman. (2012). (Decimosépt). España.
72. Velasquez, M., & Rubiano, J. (2007). Atrofia, metaplasia y cáncer gástrico: Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v22n1/v22n1a7.pdf>
73. Cabebe, E. C. (2006). Gastric Cancer. Retrieved from [http:// emedicine.medscape.com/article/278744-overview#a8](http://emedicine.medscape.com/article/278744-overview#a8)
74. Rodríguez, Z., Piña, L., Manzano, E., Cisneros, C., & Ramón, W. (2011). Factores pronósticos relacionados con el cáncer gástrico. Retrieved from http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol50_3_11/cir15311.htm
75. Espejo, H., & Navarrete, J. (2003). Clasificación de los Adenocarcinomas de estómago. *Rev.Gastroenterol. Perú*, 23, 199–212. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292003000300006&script=sci_arttext
76. García, D., & Maldonado, H. (2016). *Gastroenterología y Hepatología. Manual Moderno*, 2(September).
77. Layke, J. C., & Lopez, P. P. (2004). *Gastric Cancer: Diagnosis and Treatment Options*.

78. Accarino, A., Alarcón, O., Alcedo, J., Almela, P., Alós, R., García, M., & Arroyo, T. (2010). Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Retrieved from <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo79.25.pdf>
79. Avunduk, C. (2006). Gastroenterología de bolsillo. España: Marban.
80. Rollán, A., Cortés, P., Calvo, A., Araya, R., Bufadel, M., & González, R. (2014). Diagnóstico precoz de cáncer. Obtenido de Revista Médica de Chile: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n9/art13.pdf>
81. Mayer, R. (2013). Cáncer del aparato digestivo. (Harrison, Ed.). México: McGrawHill.
82. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill.

ANEXOS

ANEXO Nº 01. INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR EL USO DE ALCOHOL (TEST DE AUDIT) EN LOS PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018”

Código

Fecha----/-----/-----

Instrucciones. Estimado Sr(a) en esta oportunidad se le presenta un cuestionario que tiene como finalidad conocer el consumo de alcohol. Mucho agradeceré, marcar con un aspa (x) dentro del paréntesis la respuesta que usted crea conveniente, con la veracidad y la objetividad del caso. La encuesta es anónima.

I. FRECUENCIA Y CANTIDAD DE CONSUMO

1. ¿Qué tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas?
Nunca ()
Una vez al mes o menos ()
Dos o cuatro veces al mes ()
Dos o tres veces por semana ()
Cuatro o más veces por semana ()
2. ¿Cuántas botellas de bebidas alcohólicas se toma en un día normal de lo que bebe?
Ninguno ()
Uno a cuatro ()
Cinco a seis ()
Siete a nueve ()
Diez a más ()
3. ¿Qué tan frecuente toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?
Nunca ()
Menos de 1 vez al mes ()
Mensualmente ()
Semanalmente ()
A diario o casi a diario ()

II. DEPENDENCIA DEL CONSUMO

4. Durante los últimos 12 meses, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?
Nunca ()
Menos de 1 vez al mes ()
Mensualmente ()
Semanalmente ()
A diario o casi a diario ()

5. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?

- Nunca
- Menos de 1 vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

6. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?

- Nunca
- Menos de 1 vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

III. CONSUMO DE ALCOHOL PERJUDICIAL

7. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?

- Nunca
- Menos de 1 vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

8. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?

- Nunca
- Menos de 1 vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingesta de alcohol?

- No
- Sí, pero no en los últimos 12 meses
- Sí, en los últimos 12 meses.

10. ¿Algún amigo, familiar, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

- No
- Sí, pero no en los últimos 12 meses
- Sí, en los últimos 12 meses.

ANEXO Nº 02: VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Leidy Harin Callata Palomino con DNI N° 43280215 de profesión Lic En Enfermería ejerciendo actualmente como Licenciada Asistencial de Enfermería en la institución Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento **CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR EL USO DE ALCOHOL (TEST DE AUDIT) EN LOS PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018**, para que se pueda aplicar a la muestra de estudio correspondiente.

I. APRECIACIÓN DEL EXPERTO

CARACTERÍSTICAS	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
El instrumento responde al planteamiento y objetivo del problema.		X		
Presentación del instrumento.		X		
Congruencia de ítems.		X		
Relevancia del contenido.		X		
Calidad de redacción de los ítems.		X		
Claridad y precisión de los ítems.		X		
Pertinencia.		X		

II. DECISIÓN DE EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: ~~SI (X)~~ NO ()

Aportes y sugerencias:

.....

.....

.....

.....

Huánuco, de del 2018

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"

Lic. Leidy Y. Callata Palomino

CEP. 56642
JEFA/LÍDER DEL SERVICIO DE MEDICINA

Firma y sello.

ANEXO N° 02: VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, ... *Cuarthia Estrada Luciano* ... con DNI N° *41.599702* de profesión *Lic. Enfermera* ejerciendo actualmente como *Asesora Asistencial de Enfermería* en la institución *Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano*

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento **CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR EL USO DE ALCOHOL (TEST DE AUDIT) EN LOS PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018**, para que se pueda aplicar a la muestra de estudio correspondiente.

I. APRECIACIÓN DEL EXPERTO

CARACTERÍSTICAS	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
El instrumento responde al planteamiento y objetivo del problema.	X			
Presentación del instrumento.		X		
Congruencia de ítems.	X			
Relevancia del contenido.		X		
Calidad de redacción de los ítems.	X			
Claridad y precisión de los ítems.	X			
Pertinencia.		X		

II. DECISIÓN DE EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: **SI (X)** **NO ()**

Aportes y sugerencias:

ninguno, está bien redactado.

.....

.....

.....

Huánuco, *16* de *Noviembre* del 2018



Cuarthia Estrada Luciano
 LIC. ENFERMERÍA
 CEP 50840
 Firma y sello.

ANEXO N° 02: VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Thessy Paola Caycho Yalico con DNI N° 45224748 de profesión Lic. En Enfermería ejerciendo actualmente como Licenciada Hospital de Enfermería en la institución Hospital Regional Herminio Valdizan Medrano.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento **CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR EL USO DE ALCOHOL (TEST DE AUDIT) EN LOS PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018**, para que se pueda aplicar a la muestra de estudio correspondiente.

I. APRECIACIÓN DEL EXPERTO

CARACTERÍSTICAS	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
El instrumento responde al planteamiento y objetivo del problema.		X		
Presentación del instrumento.	X			
Congruencia de ítems.	X			
Relevancia del contenido.	X			
Calidad de redacción de los ítems.	X			
Claridad y precisión de los ítems.		X		
Pertinencia.		X		

II. DECISIÓN DE EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: **SI** (X) **NO** ()

Aportes y sugerencias:

.....
.....
.....
.....

Huánuco, de del 2018


Lic. Enf. Thessy P. Caycho Yalico
C.E.P. 58497

.....
Firma y sello.

ANEXO N° 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, CIRILA MUÑOZ ESPINOZA, Identificado con DNI N° 22427262, en mi calidad de PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO

Doy fe de que:

- He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del estudio
- He recibido respuestas satisfactorias
- He hablado con la Investigadora: CAQUI ACOSTA, CELEDONIA
- Entiendo que la participación es voluntaria.
- Se respetarán mis datos personales, así como de mi representado.

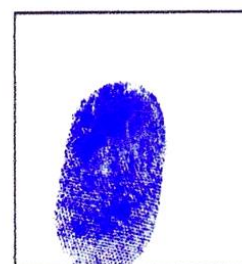
Por lo que doy el consentimiento informado y voluntario para ser parte de la muestra, en colaboración con la investigación "ALCOHOLISMO COMO FACTOR DE RIESGO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018"

Huánuco, 11 de Noviembre del 2018

CME

Nombres y Apellidos:

DNI 22427262.



Huella digital
(Índice derecho)

ANEXO N° 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, TRINIDAD GONZALES FIGUEROA, Identificado con DNI N° 04825138, en mi calidad de PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO

Doy fe de que:

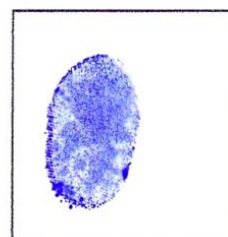
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del estudio
- He recibido respuestas satisfactorias
- He hablado con la Investigadora: CAQUI ACOSTA, CELEDONIA
- Entiendo que la participación es voluntaria.
- Se respetarán mis datos personales, así como de mi representado.

Por lo que doy el consentimiento informado y voluntario para ser parte de la muestra, en colaboración con la investigación "ALCOHOLISMO COMO FACTOR DE RIESGO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018"

Huánuco, 11 de Noviembre, del 2018.



Nombres y Apellidos:
DNI 04825138



Huella digital
(Índice derecho)

ANEXO N° 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alexis Aquino Gonzales, Identificado con DNI N° 75566686, en mi calidad de PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO

Doy fe de que:

- He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del estudio
- He recibido respuestas satisfactorias
- He hablado con la Investigadora: CAQUI ACOSTA, CELEDONIA
- Entiendo que la participación es voluntaria.
- Se respetarán mis datos personales, así como de mi representado.

Por lo que doy el consentimiento informado y voluntario para ser parte de la muestra, en colaboración con la investigación "ALCOHOLISMO COMO FACTOR DE RIESGO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018"

Huánuco, 11 de Noiembre del 2019



Nombres y Apellidos:
DNI 75566686.



Huella digital
(índice derecho)

ANEXO N° 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO


Yo, FORTUNATA CESPEDES REQUELME, Identificado con DNI N° 46140680, en mi calidad de PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO

Doy fe de que:

- He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del estudio
- He recibido respuestas satisfactorias
- He hablado con la Investigadora: CAQUI ACOSTA, CELEDONIA
- Entiendo que la participación es voluntaria.
- Se respetarán mis datos personales, así como de mi representado.

Por lo que doy el consentimiento informado y voluntario para ser parte de la muestra, en colaboración con la investigación "ALCOHOLISMO COMO FACTOR DE RIESGO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018"

Huánuco, 11 de Noviembre del 20 18



Nombres y Apellidos:
DNI 46140680



Huella digital
(índice derecho)

ANEXO Nº 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Lourdes Vega Aranguéz, Identificado con DNI Nº 80262561, en mi calidad de PACIENTE DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO DE HUÁNUCO

Doy fe de que:

- He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del estudio
- He recibido respuestas satisfactorias
- He hablado con la Investigadora: CAQUI ACOSTA, CELEDONIA
- Entiendo que la participación es voluntaria.
- Se respetarán mis datos personales, así como de mi representado.

Por lo que doy el consentimiento informado y voluntario para ser parte de la muestra, en colaboración con la investigación "ALCOHOLISMO COMO FACTOR DE RIESGO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018"

Huánuco, 11 de Noviembre del 2018



Nombres y Apellidos:

DNI 80262561



Huella digital
(Índice derecho)

**ANEXO N° 04: SOLICITUD DE PERMISO PARA APLICAR EL
INSTRUMENTO**

Solicito: Autorización para la Aplicación de encuesta Desempeño
laboral del Personal de Enfermería

**SEÑOR: DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAN MEDRANO DE
HUANUCO**

S.D.

YO, **CAQUI ACOSTA CELEDONIA CONEGUNDA**, Identificado con DNI 22487820, con domicilio en Jr. Brasil MZ P Lte 9 San Luis Sector 2 de Amarilis Huánuco, egresada de la universidad ALAS PERUANAS de la Facultad de ENFERMERIA, ante usted me presento con debido respeto y expongo:

Que estando realizando mi tesis de investigación sobre **"ALCOHOLISMO Y CANCER GASTRICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAN MEDRANO, HUANUCO- 2018 "**

POR LO EXPUESTO:

Solicito a usted acceder a mi petición por ser de justicia

Huánuco ,31 de Diciembre 2018



Celedonia Conegunda Caqui Acosta
DNI 22487820



ANEXO N° 05: INSTRUMENTO APLICADO

ANEXO N° 01. INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR EL USO DE ALCOHOL (TEST DE AUDIT) EN LOS PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018"

Código

Fecha 15/11/2018

Instrucciones. Estimado Sr(a) en esta oportunidad se le presenta un cuestionario que tiene como finalidad conocer el consumo de alcohol. Mucho agradeceré, marcar con un aspa (x) dentro del paréntesis la respuesta que usted crea conveniente, con la veracidad y la objetividad del caso. La encuesta es anónima.

I. FRECUENCIA Y CANTIDAD DE CONSUMO

1. ¿Qué tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas?
Nunca ()
Una vez al mes o menos ()
Dos o cuatro veces al mes ()
Dos o tres veces por semana ()
Cuatro o más veces por semana (x)
2. ¿Cuántas botellas de bebidas alcohólicas se toma en un día normal de lo que bebe?
Ninguno (x)
Uno a cuatro ()
Cinco a seis ()
Siete a nueve ()
Diez a más ()
3. ¿Qué tan frecuente toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?
Nunca (x)
Menos de 1 vez al mes ()
Mensualmente ()
Semanalmente ()
A diario o casi a diario ()

II. DEPENDENCIA DEL CONSUMO

4. Durante los últimos 12 meses, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?
Nunca ()
Menos de 1 vez al mes (x)
Mensualmente ()
Semanalmente ()
A diario o casi a diario ()

5. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?

- Nunca ()
- Menos de 1 vez al mes (x)
- Mensualmente ()
- Semanalmente ()
- A diario o casi a diario ()

6. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?

- Nunca ()
- Menos de 1 vez al mes ()
- Mensualmente ()
- Semanalmente (x)
- A diario o casi a diario ()

III. CONSUMO DE ALCOHOL PERJUDICIAL

7. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?

- Nunca ()
- Menos de 1 vez al mes ()
- Mensualmente ()
- Semanalmente ()
- A diario o casi a diario (x)

8. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?

- Nunca ()
- Menos de 1 vez al mes (x)
- Mensualmente ()
- Semanalmente ()
- A diario o casi a diario ()

9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingesta de alcohol?

- No ()
- Sí, pero no en los últimos 12 meses (x)
- Sí, en los últimos 12 meses. ()

10. ¿Algún amigo, familiar, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

- No ()
- Sí, pero no en los últimos 12 meses ()
- Sí, en los últimos 12 meses. (x)

ANEXO N° 01. INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR EL USO DE ALCOHOL (TEST DE AUDIT) EN LOS PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018"

Código

LVA

fecha 16/11/18

Instrucciones. Estimado Sr(a) en esta oportunidad se le presenta un cuestionario que tiene como finalidad conocer el consumo de alcohol. Mucho agradeceré, marcar con un aspa (x) dentro del paréntesis la respuesta que usted crea conveniente, con la veracidad y la objetividad del caso. La encuesta es anónima.

Gracias por su participación.

I. FRECUENCIA Y CANTIDAD DE CONSUMO

- ¿Qué tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas?
Nunca ()
Una vez al mes o menos ()
Dos o cuatro veces al mes (x)
Dos o tres veces por semana ()
Cuatro o más veces por semana ()
- ¿Cuántas botellas de bebidas alcohólicas se toma en un día normal de lo que bebe?
Ninguno ()
Uno o cuatro ()
Cinco o seis ()
Siete o nueve ()
Diez o más (x)
- ¿Qué tan frecuente toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?
Nunca ()
Menos de 1 vez al mes ()
Mensualmente (x)
Semanalmente ()
A diario o casi a diario ()

II. DEPENDENCIA DEL CONSUMO

- Durante los últimos 12 meses, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?
Nunca ()
Menos de 1 vez al mes ()
Mensualmente (x)
Semanalmente ()
A diario o casi a diario ()

5. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?
- Nunca ()
 Menos de 1 vez al mes (X)
 Mensualmente ()
 Semanalmente ()
 A diario o casi a diario ()
6. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?
- Nunca ()
 Menos de 1 vez al mes ()
 Mensualmente (X)
 Semanalmente ()
 A diario o casi a diario ()

III. CONSUMO DE ALCOHOL PERJUDICIAL

7. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?
- Nunca (X)
 Menos de 1 vez al mes ()
 Mensualmente ()
 Semanalmente ()
 A diario o casi a diario ()
8. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?
- Nunca ()
 Menos de 1 vez al mes (X)
 Mensualmente ()
 Semanalmente ()
 A diario o casi a diario ()
9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingesta de alcohol?
- No ()
 Sí, pero no en los últimos 12 meses (X)
 Sí, en los últimos 12 meses. ()
10. ¿Algún amigo, familiar, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?
- No ()
 Sí, pero no en los últimos 12 meses ()
 Sí, en los últimos 12 meses. (X)

ANEXO N° 01. INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR EL USO DE ALCOHOL (TEST DE AUDIT) EN LOS PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018"

Código

FCR

fecha 11/11/18

Instrucciones. Estimado Sr(a) en esta oportunidad se le presenta un cuestionario que tiene como finalidad conocer el consumo de alcohol. Mucho agradeceré, marcar con un aspa (x) dentro del paréntesis la respuesta que usted crea conveniente, con la veracidad y la objetividad del caso. La encuesta es anónima.

Gracias por su participación.

I. FRECUENCIA Y CANTIDAD DE CONSUMO

- ¿Qué tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas?
Nunca (X)
Una vez al mes o menos ()
Dos o cuatro veces al mes ()
Dos o tres veces por semana ()
Cuatro o más veces por semana ()
- ¿Cuántas botellas de bebidas alcohólicas se toma en un día normal de lo que bebe?
Ninguno (X)
Uno o cuatro ()
Cinco o seis ()
Siete o nueve ()
Diez o más ()
- ¿Qué tan frecuente toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?
Nunca (X)
Menos de 1 vez al mes ()
Mensualmente ()
Semanalmente ()
A diario o casi a diario ()

II. DEPENDENCIA DEL CONSUMO

- Durante los últimos 12 meses, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?
Nunca (X)
Menos de 1 vez al mes ()
Mensualmente ()
Semanalmente ()
A diario o casi a diario ()

5. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?

- Nunca
- Menos de 1 vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

6. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?

- Nunca
- Menos de 1 vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

III. CONSUMO DE ALCOHOL PERJUDICIAL

7. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?

- Nunca
- Menos de 1 vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

8. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?

- Nunca
- Menos de 1 vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingesta de alcohol?

- No
- Sí, pero no en los últimos 12 meses
- Sí, en los últimos 12 meses.

10. ¿Algún amigo, familiar, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

- No
- Sí, pero no en los últimos 12 meses
- Sí, en los últimos 12 meses.

ANEXO N° 01. INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR EL USO DE ALCOHOL (TEST DE AUDIT) EN LOS PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018"

Código

ADG

fecha 4-1-19

Instrucciones. Estimado Sr(a) en esta oportunidad se le presenta un cuestionario que tiene como finalidad conocer el consumo de alcohol. Mucho agradeceré, marcar con un aspa (x) dentro del paréntesis la respuesta que usted crea conveniente, con la veracidad y la objetividad del caso. La encuesta es anónima.

Gracias por su participación.

I. FRECUENCIA Y CANTIDAD DE CONSUMO

1. ¿Qué tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas?

- Nunca ()
- Una vez al mes o menos ()
- Dos o cuatro veces al mes ()
- Dos o tres veces por semana (x)
- Cuatro o más veces por semana ()

2. ¿Cuántas botellas de bebidas alcohólicas se toma en un día normal de lo que bebe?

- Ninguno ()
- Uno o cuatro ()
- Cinco o seis (x)
- Siete o nueve ()
- Diez o más ()

3. ¿Qué tan frecuente toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

- Nunca ()
- Menos de 1 vez al mes ()
- Mensualmente (x)
- Semanalmente ()
- A diario o casi a diario ()

II. DEPENDENCIA DEL CONSUMO

4. Durante los últimos 12 meses, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez

que había empezado?

- Nunca ()
- Menos de 1 vez al mes ()
- Mensualmente (x)
- Semanalmente ()
- A diario o casi a diario ()

5. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?

- Nunca ()
- Menos de 1 vez al mes ()
- Mensualmente (x)
- Semanalmente ()
- A diario o casi a diario ()

6. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?

- Nunca ()
- Menos de 1 vez al mes ()
- Mensualmente ()
- Semanalmente (x)
- A diario o casi a diario ()

III. CONSUMO DE ALCOHOL PERJUDICIAL

7. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?

- Nunca (x)
- Menos de 1 vez al mes ()
- Mensualmente ()
- Semanalmente ()
- A diario o casi a diario ()

8. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?

- Nunca ()
- Menos de 1 vez al mes ()
- Mensualmente (x)
- Semanalmente ()
- A diario o casi a diario ()

9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingesta de alcohol?

- No (x)
- Sí, pero no en los últimos 12 meses ()
- Sí, en los últimos 12 meses. ()

10. ¿Algún amigo, familiar, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

- No (x)
- Sí, pero no en los últimos 12 meses ()
- Sí, en los últimos 12 meses. ()

ANEXO N° 01. INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR EL USO DE ALCOHOL (TEST DE AUDIT) EN LOS PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018"

Código

TGF

fecha 11/11/2018

Instrucciones. Estimado Sr(a) en esta oportunidad se le presenta un cuestionario que tiene como finalidad conocer el consumo de alcohol. Mucho agradeceré, marcar con un aspa (x) dentro del paréntesis la respuesta que usted crea conveniente, con la veracidad y la objetividad del caso. La encuesta es anónima.

Gracias por su participación.

I. FRECUENCIA Y CANTIDAD DE CONSUMO

- ¿Qué tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas?
Nunca
Una vez al mes o menos
Dos o cuatro veces al mes
Dos o tres veces por semana
Cuatro o más veces por semana
- ¿Cuántas botellas de bebidas alcohólicas se toma en un día normal de lo que bebe?
Ninguno
Uno o cuatro
Cinco o seis
Siete o nueve
Diez o más
- ¿Qué tan frecuente toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?
Nunca
Menos de 1 vez al mes
Mensualmente
Semanalmente
A diario o casi a diario

II. DEPENDENCIA DEL CONSUMO

- Durante los últimos 12 meses, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?
Nunca
Menos de 1 vez al mes
Mensualmente
Semanalmente
A diario o casi a diario

5. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?

- Nunca
- Menos de 1 vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

6. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?

- Nunca
- Menos de 1 vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

III. CONSUMO DE ALCOHOL PERJUDICIAL

7. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?

- Nunca
- Menos de 1 vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

8. Durante los últimos 12 meses, ¿Qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?

- Nunca
- Menos de 1 vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingesta de alcohol?

- No
- Sí, pero no en los últimos 12 meses
- Sí, en los últimos 12 meses.

10. ¿Algún amigo, familiar, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

- No
- Sí, pero no en los últimos 12 meses
- Sí, en los últimos 12 meses.

ANEXO Nº 06
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS







ANEXO N° 07: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“ALCOHOLISMO COMO FACTOR DE RIESGO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES/DI MENSIONES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Existe relación entre alcoholismo y cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿El alcoholismo es un factor de riesgo de cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia del consumo de alcohol en pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de cáncer gástrico en pacientes que consumen alcohol del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre alcoholismo y cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar si el alcoholismo es un factor de riesgo de cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018 - Determinar la frecuencia de consumo de alcohol en pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018. - Determinar la frecuencia de cáncer gástrico en pacientes que consumen alcohol del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018. 	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación significativa entre alcoholismo y cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - El alcoholismo es un factor de riesgo de cáncer gástrico en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018. - La frecuencia del consumo de alcohol es alta en pacientes con cáncer gástrico del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018. - La frecuencia de cáncer gástrico es alta en pacientes que consumen alcohol del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco-2018. 	<p>V1: Alcoholismo</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Frecuencia y cantidad de consumo</p> <p>Dependencia del consumo</p> <p>Consumo de alcohol perjudicial</p> <p>V2: Cáncer gástrico</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Incipiente</p> <p>Avanzado</p>	<p>Tipo y nivel de investigación:</p> <p>Tipo no experimental descriptivo y de nivel correlaciona.</p> <p>Diseño de estudio:</p> <p>Correlacional-transversal</p> <p>Población y muestra:</p> <p>Pacientes detectados con cáncer gástrico en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco desde el 2017 hasta noviembre del 2018, que aproximadamente suman 25. La muestra fue igual a la población, por lo que se trata de una muestra universal o población censal.</p> <p>Técnicas e instrumentos:</p> <p>Como técnica se utilizó la encuesta y el análisis documental y como instrumentos el Test de identificación de Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) y la médica de cada paciente que padece de cáncer gástrico.</p>

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

**ACTA DE TITULACIÓN PROFESIONAL
N° 004 – GT – D – FMHyCS – UAP**

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Alas Peruanas (Artículo 27), bajo la Presidencia del Dr. Javier Mendoza Balarezo, en el salón de Grados y Títulos de la Escuela Profesional de Enfermería, cito en el Distrito de Huánuco, Provincia de Huánuco, siendo las 15:00 Horas del día 06 de mayo del 2019, se inició la sesión pública de sustentación de la Tesis:

“ALCOHOLISMO Y CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO, HUÁNUCO-2018”

Presentado por el (la) Bachiller:

CAQUI ACOSTA, CELEDONIA CONEGUNDA

Para optar el Título Profesional de Enfermera(o)

El resultado de la sustentación es el siguiente:

JURADO EXAMINADOR		CALIFICACIÓN		
Presidente	Dr. Javier Mendoza Balarezo	Aprobado	<input checked="" type="checkbox"/>	Desaprobado
Secretario	Lic. Tatiana Isabel Morales Villafuerte	Aprobado	<input checked="" type="checkbox"/>	Desaprobado
Miembro	Mg. Noemi Carbonelli Tuiro	Aprobado	<input checked="" type="checkbox"/>	Desaprobado

Concluyendo que el(a) Bachiller Obtuvo el Promedio final de:

Aprobado por **unanimidad** Aprobado por **mayoría** Desaprobado

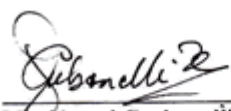
Se Recomienda La Publicación de la Tesis SI NO

Siendo las 16:30 Horas culminó el proceso y en fe de lo cual se sentó la presente acta.



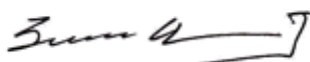
Lic. Tatiana Isabel Morales Villafuerte
Secretario
Nro. Colegiatura: 67522





Mg. Noemi Carbonelli Tuiro
Miembro
Nro. Colegiatura: 14263





Dr. Javier Mendoza Balarezo
Presidente
Nro. Colegiatura: 210034

