

UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

**Validez y confiabilidad de un instrumento para identificar prácticas de
prevención de cáncer gástrico. Hospital de la Región Lambayeque, 2018**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
“ÁREA DEL CUIDADO PROFESIONAL: ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN GASTROENTEROLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS
ENDOSCÓPICOS”

AUTORA:

Lic. Enf. Vargas Yarrín, Claudia Del Milagro

ASESORA:

Dra. Fanning Balarezo, María Margarita

LAMBAYEQUE – PERÚ

2019

Dra. Ruiz Oliva Teófila Esperanza
Presidenta

Mg. Sánchez De García Nora Elisa
Secretaria

Mg. Chanamé Carretero María Lucía
Vocal

Dra. María Margarita Fanning Balarezo
Asesora

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLÓ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDHP

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N°: 03 Expediente: 1061-2019-UP-FE Folio N° 209
Licenciada: CLAUDIA DEL MILAGRO VARGAS YARRIN en la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Galló - Lambayeque, a las 15.00
horas del día 23 de Mayo del 2019, Los señores Miembros del Jurado designados
mediante Resolución N° 818-2018-D-FE
PRESIDENTE: Dña. Teresita Esperanza Ruiz Oliva
SECRETARIO: Mg. Nora Elisa Sanchez de Gama
VOCAL: Mg. Maria Lucia Chaman Carrasco

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

Validación y confiabilidad de un instrumento para identificar
prácticas de prevención de Cáncer gástrico. Hospital de la
Región Lambayeque, 2018

(a) Dña. Maria Margarita Fanning Balazgo patrocinada por el profesor
Presentada por el (los) Licenciados (as):

CLAUDIA DEL MILAGRO VARGAS YARRIN

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad de: "Área del
Cuidado Profesional: Especialista en Enfermería en Gastroenterología
y Procedimientos Endoscópicos

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las
respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar,
declaró APROBADA por UNANIMIDAD, la tesis con el calificativo de MUY BUENO;
debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.


PRESIDENTE


VOCAL


SECRETARIO


PATROINADOR

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, **Lic. Enf. CLAUDIA DEL MILAGRO VARGAS YARRÍN**, Investigadora Principal y la **Dra. MARÍA MARGARITA FANNING BALAREZO**, Asesora del Trabajo de Investigación: **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO. HOSPITAL DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE, 2018**, declaro bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar, que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 23 mayo de 2019.

Lic. Enf. Vargas Yarrín, Claudia Del Milagro
Investigadora

Dra. Fanning Balarezo, María Margarita
Asesora

DEDICATORIA

*A Dios, por protegerme en cada paso
que doy y guiarme por el camino del
éxito para poder cumplir este objetivo.*

*A mis padres Oscar Vargas Cotrina y
Carmen Yarrín Colmenares, por ser el
pilar más importante en mi vida y mi
ejemplo a seguir; quiénes día a día me
motivan a continuar creciendo
profesionalmente.*

*A mi hermano Oscar Varga Yarrín y mi
cuñada Lilyan Castro Rubio por su
cariño y por todos los momentos
vividos y compartidos.*

*A mis sobrinos Oscar Alberto y José
Francisco, por su amor, ternura e
inocencia brindada. Para que puedan ver
en mí un ejemplo de constancia y
superación.*

AGRADECIMIENTO

A los expertos, especialistas en Gastroenterología, por su colaboración y aportes brindados para la validación del instrumento empleado.

A los pacientes atendidos en el servicio de procedimientos endoscópicos por su tiempo brindado, buena disposición y colaboración en la recolección de datos de esta investigación.

A mi asesora, la Dra. Margarita Fanning Balarezo, quien a pesar de su recargada agenda, dedicó un espacio de su tiempo para guiar el desarrollo de esta investigación a través de sus sabias enseñanzas y me permitió culminarla satisfactoriamente.

A los miembros del jurado, la Dra. Ruiz Oliva Esperanza, Mg. Sánchez de García Nora y la Mg, Chanamé Carretero Lucía, por sus sugerencias y aportes en el desarrollo de esta investigación.

ÍNDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	iii
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE GRAFICOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO	18
1.1. Antecedentes	18
1.2. Diseño Teórico Conceptual	20
CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES	43
2.1. Tipo de Investigación.....	43
2.2. Diseño de Investigación.....	43
2.3. Población y muestra.....	43
2.4. Técnicas o Instrumentos de Recolección de Datos.....	45
2.5. Técnicas de Procesamiento de la Información	47
2.6. Rigor Científico	47
2.7. Principios Éticos	48
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	51
3.1. Resultados	51
3.2. Discusión	66
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES	73
4.1. Conclusiones.....	73
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES.....	75
5.1. Recomendaciones y sugerencias:.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.- Grupo sanguíneo de las personas atendidas en el servicio de procedimientos endoscópicos.	64
Figura 2.- Frecuencia de estrés en las personas atendidas en el servicio de procedimientos endoscópicos.	65
Figura 3.- Frecuencia de depresión en las personas atendidas en el servicio de procedimientos endoscópicos.	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Validez de Contenido del Inventario Prácticas de Prevención de Cáncer Gástrico.	53
Tabla 2.- Validez de contenido para la dimensión alimentación.....	56
Tabla 3.- Validez de contenido para la dimensión higiene personal.	56
Tabla 4.- Validez de contenido para la dimensión higiene y manipulación de alimentos. .	57
Tabla 5.- Validez de contenido para la dimensión conservación de alimentos.....	57
Tabla 6.- Validez de contenido para la dimensión autocuidado.....	58
Tabla 7.- Validez de constructo del Inventario Prácticas de Prevención de Cáncer Gástrico.	59
Tabla 8.- Confiabilidad del Inventario Prácticas de Prevención de Cáncer Gástrico.	59
Tabla 9.- Confiabilidad en la Dimensión Alimentación.....	61
Tabla 10.- Confiabilidad en la Dimensión Higiene Personal y Manipulación de Alimentos.....	62
Tabla 11.- Confiabilidad en la Dimensión Conservación de Alimentos.	62
Tabla 12.- Confiabilidad en la Dimensión Autocuidado.....	63

RESUMEN

El cáncer gástrico es un problema de salud pública y un pilar básico en la lucha contra éste, es sin lugar a dudas, la prevención. Por ello, es fundamental que enfermería disponga de instrumentos que permitan recabar información válida y confiable; pero hasta la fecha no se han encontrado instrumentos que permitan identificar las prácticas de prevención de cáncer gástrico; frente a ello la investigadora planteó como objetivo general determinar la validez y confiabilidad del instrumento de prácticas de prevención de cáncer gástrico. Abordándose cuantitativamente con un diseño no experimental, exploratorio. Participaron en el estudio seis expertos y 154 personas, recolectándose la información mediante el inventario: Prácticas de Prevención de Cáncer Gástrico, elaborado por la investigadora. Se aplicó los principios éticos y los criterios de científicidad. Los resultados revelan que el instrumento es válido y confiable, obtuvo una validez de contenido de 0,99. En tres dimensiones se obtuvo un valor de 1 y sólo la dimensión Autocuidado obtuvo un valor de 0,96. La validez de constructo obtuvo un KMO de 0,729 y una prueba de esfericidad de Bartlett 0,0. Además el Alfa de Cronbach arrojó una calificación de 0,819; la dimensión Higiene personal y manipulación de alimentos tiene una confiabilidad elevada de 0,826; mientras que las dimensiones Alimentación, Conservación de alimentos y Autocuidado, tienen una confiabilidad aceptable (0,746; 0,617; 0,673; respectivamente). Por lo que se concluye que este instrumento es válido y confiable para identificar las prácticas de prevención de cáncer gástrico.

Palabras claves: validez, confiabilidad, instrumento, prevención de cáncer gástrico.

ABSTRACT

Gastric cancer is a public health problem and a basic pillar in the fight against it, is without a doubt, prevention. For this reason, it is essential that nursing have instruments that allow the collection of valid and reliable information; but to date, no instruments have been found to identify gastric cancer prevention practices; Faced with this, the researcher proposed as a general objective to determine the validity and reliability of the instrument for the prevention of gastric cancer. Addressing quantitatively with a non-experimental, exploratory design. Six experts and 154 people participated in the study, collecting the information through the inventory: Gastric Cancer Prevention Practices, prepared by this researcher. The ethical principles and the criteria of scientificity were applied. The results reveal that the instrument is valid and reliable, obtained a content validity of 0.99. In three dimensions, a value of 1 was obtained and only the Self-care dimension obtained a value of 0.96. The construct validity obtained a KMO of 0.729 and a test of sphericity of Bartlett 0.0. In addition, the Cronbach's Alpha scored a score of 0.819; The Personal Hygiene and Food Handling dimension has a high reliability of 0.826; while the dimensions Food, Food Conservation and Self-care, have an acceptable reliability (0.746, 0.617, 0.673, respectively). Therefore, it is concluded that this instrument is valid and reliable to identify gastric cancer prevention practices.

Keywords: validity, reliability, instrument, prevention of gastric cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las enfermedades más temibles del siglo, porque aparece en cualquier etapa de la vida. Constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en la región de las Américas y en nuestro país, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce. Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12,7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el 2030, esta cifra anual se elevará a 21,3 millones de casos nuevos¹.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) el cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. En el año 2017 causó 8,8 millones de defunciones en todo el mundo. En los últimos años la enfermedad por el cáncer se ha incrementado progresivamente con un mayor impacto en las poblaciones de menores recursos. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se produjeron en continentes con ingresos económicos bajos y medios como África, Asia, América Central y Sudamérica, donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados o inexistentes ².

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la Región de las Américas, el cáncer es la segunda causa de muerte. Se estima que 2,8 millones de personas son diagnosticadas cada año y 1,3 millones de personas mueren por esta enfermedad anualmente debido al efecto del envejecimiento poblacional y por el cambio de los estilos de vida (consumo de tabaco, alcohol, dieta poco saludable, inactividad física), así como, por la exposición a contaminantes ambientales, cancerígenos y radiación solar. Aproximadamente el 52% de los nuevos casos de cáncer ocurren en personas de 65 años o menos. Si no se adoptan más medidas, se prevé un incremento a más de 4 millones de nuevos casos y 1,9 millones de defunciones por cáncer para el año 2025 ³.

Entre el 30 y el 50% de los cánceres se pueden evitar. Para ello, es necesario reducir los factores de riesgo y aplicar estrategias preventivas con base científica. La prevención abarca también la detección precoz de la enfermedad y el tratamiento. Si se detectan a tiempo y se tratan adecuadamente, las posibilidades de recuperación para muchos tipos de cáncer son excelentes ².

El cáncer gástrico es uno de los más frecuentes en el mundo; según reportes del Globan cancer observatory (GLOBOCAN) ⁴, en el año 2018 hubieron 1,3 millones de nuevos casos de cáncer gástrico en el mundo, con 783,000 fallecidos. Estas cifras representan la segunda causa de mortalidad por cáncer en el planeta.

En el Perú, según el Ministerio de Salud (MINSA) las tasas de incidencia para todos los cánceres en hombres y mujeres han aumentado; el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas ha reportado 870 casos nuevos de cáncer de estómago en el año 2017 ⁵.

A nivel nacional se presentan cerca de 47,000 nuevos casos de cáncer al año y más de 25 000 peruanos fallecen a causa de la enfermedad debido a la falta de cultura preventiva ⁶. En relación al Cáncer de Estómago, se estima que al año hay más de 2,000 nuevos casos y fallecen cerca de 5,000 personas a causa de la enfermedad. Los departamentos con mayor incidencia son Huánuco, Huancavelica, Apurímac y Ayacucho.

A nivel local, en el departamento de Lambayeque, la incidencia de cáncer de estómago se ha duplicado en los últimos diez años. En el 2016 ocupó el primer lugar de muerte debido a que no se está diagnosticando de manera oportuna, el 80% de los casos se diagnostica en una fase no curable ⁵.

El cáncer gástrico, es una enfermedad multifactorial que depende fundamentalmente de cinco factores que son: riesgo personal y genético, riesgo alimentario, riesgo socio

ambiental, riesgo biológico, detección temprana y otras medidas de prevención (poca ingesta de verduras y frutas frescas, alta ingesta de sal, tabaquismo, etc.). Se desarrolla a través de un proceso de múltiples pasos que pueden durar hasta 20 o más años y aparece en estómagos que tienen gastritis atrófica y metaplasia intestinal. El principal agente etiológico del cáncer gástrico es la bacteria *Helicobacter Pylori*. La alta morbilidad y mortalidad de esta patología, se debe fundamentalmente al diagnóstico tardío, cuando el cáncer está en estados avanzados, la supervivencia a cinco años es menor del 10%; por lo tanto, las mejores estrategias para combatir esta temible enfermedad son la prevención, la detección y el tratamiento temprano ⁷.

La salud es un valor y derecho universal y la educación y promoción de la misma es una necesidad, para ello se requiere partir de conocer las necesidades educativas y las prácticas de autocuidado. Específicamente si nos enfocamos en el cáncer gástrico, es necesario conocer prácticas como: lavado de manos, higiene de alimentos, consumo de frutas y verduras, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, consumo de carnes rojas, sal y embutidos; así como también, acudir a controles para detectar la presencia de *Helicobacter Pylori* y otras alteraciones en la mucosa gástrica.

Las prácticas de prevención de enfermedades han incursionado en el ámbito de las investigaciones de enfermería y en el campo de la salud en general, por tanto es preciso fortalecer su caracterización, medición, las alternativas para su abordaje y por supuesto su impacto.

Siempre que se quiere recopilar información a fin de ayudarnos a tomar decisiones, nos enfrentamos al problema de qué tipo de instrumento usar o si realmente hay un cuestionario que nos ayude a tomar la decisión.

Frecuentemente los investigadores necesitan tener seguridad que el instrumento que utilizan para extraer cierta información de cualquier fenómeno mida lo que realmente quieren medir

y que sea coherente. Sin embargo, al momento de la recolección de datos en la realización de los trabajos de investigación, la problemática se centra en la construcción de los instrumentos a emplear con esta finalidad, de manera que permitan recabar información válida y confiable porque el valor de un estudio depende de que esta información refleje lo más fidedignamente el evento investigado, dándole una base real para obtener un producto investigativo de calidad; es por ello, que todo instrumento de medición debe tener dos importantes características que son la confiabilidad y validez ⁸.

La confiabilidad nos indica el grado en el que la aplicación repetida del instrumento al mismo sujeto, produzca los mismos resultados y la validez se refiere al grado en el que un instrumento mide lo que se supone que debe medir. Por esta razón es muy importante que el investigador deba averiguar u obtener la confiabilidad y validez del instrumento utilizado en su estudio, ya que si los datos obtenidos no son confiables y válidos, los resultados merecen poco interés ⁹.

Pese a la importancia de conocer estas prácticas de prevención de enfermedades, hasta la fecha no se han encontrado instrumentos que permitan identificar las prácticas de prevención de cáncer gástrico, lo que dio lugar a la formulación del problema de investigación: ¿Cuál es la validez y confiabilidad del instrumento de prácticas de prevención de cáncer gástrico de un Hospital de la Región Lambayeque, 2018? El objetivo general fue determinar la validez y confiabilidad del instrumento de prácticas de prevención de cáncer gástrico de un Hospital de la Región Lambayeque, 2018. Los objetivos específicos fueron:

- 1) Elaborar el instrumento de prácticas de prevención de cáncer gástrico.
- 2) Identificar la validez del instrumento de prácticas de prevención de cáncer gástrico.
- 3) Identificar la confiabilidad del instrumento de prácticas de prevención de cáncer gástrico.

Se consideró relevante realizar este estudio ya que el cáncer de estómago es el tipo de cáncer que causa mayor cantidad de muertes en ambos sexos en nuestro país, presentándose sobre todo en personas mayores de 40 años y lamentablemente al igual que la mayoría de otros tipos de cáncer, los pacientes con cáncer de estómago llegan en etapas muy avanzadas a los servicios de salud.

Siendo la prevención, la estrategia más eficaz para el control del cáncer gástrico, es importante empezar a preocuparnos por la promoción de la salud y la adopción de medidas preventivas, ya que es evidente que la prevención podría reducir ampliamente el riesgo a desarrollar este tipo de cáncer. Por lo que se torna importante, investigar este tema, puesto que muchas veces la teoría puede conocerse y no aplicar prácticas o viceversa.

Desde la perspectiva de lo que enfermería puede hacer para prevenir enfermedades, fue necesario elaborar un instrumento válido y confiable que permita identificar prácticas de prevención de cáncer gástrico; puesto que a través de la construcción y utilización de instrumentos válidos y confiables se fortalece la enfermería y el área de investigación, además permite evidenciar su aplicabilidad y sensibilidad frente a las diversas situaciones que abarca el cuidado de la salud.

El valor de este estudio es el instrumento válido y confiable que permite realizar trabajos de investigación no sólo unidisciplinarios sino también multidisciplinarios, partiendo de un diagnóstico elaborado con este instrumento válido y confiable. Así mismo, permite incentivar a los profesionales de enfermería a trabajar en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Por otro lado, la presente investigación es de gran importancia para el profesional de enfermería porque le permite reflexionar y realizar estrategias de cambio que ayuden a mejorar la calidad de vida, creando nuevas formas de vivir, nuevas rutinas; ya que la mayor

parte de los factores de riesgo pueden ser prevenibles mediante un ordenamiento en los estilos de vida. Se espera que el profesional de enfermería conozca y adopte medidas preventivas y de promoción de la salud, destinadas a promover prácticas saludables en la prevención del cáncer gástrico, contribuyendo a disminuir la morbimortalidad por esta afección.

El presente estudio a su vez genera antecedentes que puedan orientar a los futuros investigadores en el procedimiento para elaborar un instrumento adecuado para la recolección de datos, válido y confiable, que proporcione un basamento relevante para el logro de los objetivos planteados y sustente los hallazgos que realicen con sus investigaciones.

En cuanto a la base teórica se considera importante profundizar sobre el objeto de investigación que fue la validez y confiabilidad del instrumento de prácticas de prevención de cáncer gástrico. Se inicia haciendo una revisión bibliográfica sobre la validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos, luego acerca de los factores de riesgo del cáncer gástrico y las prácticas de prevención del mismo.

El presente estudio ha sido estructurado en cuatro capítulos: en el primero se muestra el marco teórico conceptual en el cual se ha basado la investigación; el segundo capítulo describe la línea de investigación de este estudio y la metodología empleada para recolectar y analizar los resultados; en el tercer capítulo se presentan los resultados del estudio y la discusión de los mismos y en el cuarto capítulo se mencionan las conclusiones a las cuales se llegó con la presente investigación y se dan recomendaciones al respecto.

CAPÍTULO I

DISEÑO TEÓRICO

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

A nivel Internacional:

Gonzáles O ¹⁰ en Colombia en el 2014 realizó la investigación “Validez y confiabilidad del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión”. Tuvo como objetivo determinar la validez y confiabilidad del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión. Dentro de los principales resultados se obtuvo un índice de acuerdo de 0,92 y un índice de validez de contenido de 0,98 por el grupo de expertos. En el análisis factorial con base en la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin para medición de adecuación de la muestra (KMO, por sus siglas en inglés), se obtuvo un valor de 0,956. Con respecto a la confiabilidad, el alfa de Cronbach arrojó una calificación de 0,96; lo cual permiten afirmar que esta versión es válida y confiable para su aplicación en ámbitos hospitalarios.

Polidoro A, Ceretta H, Dos Santos D et al ¹¹ en su investigación realizada en Brasil en el 2014, “Validez y confiabilidad de un instrumento de clasificación de pacientes pediátricos”. El objetivo fue evaluar la validez de constructo y la confiabilidad del Instrumento de Clasificación de Pacientes Pediátricos. Los resultados obtenidos fueron que el análisis factorial exploratorio con base en la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin identificó un valor de 0,91 y en la evaluación de la confiabilidad, los valores del alfa de Cronbach encontrados fueron: 0,92 para el instrumento como un todo por lo que el instrumento mostró evidencias de validez de constructo y de confiabilidad, y esos análisis indican la factibilidad del instrumento.

A nivel nacional:

Palacio R ¹² en Lima en el 2017, realizó la investigación “Validez y confiabilidad de un registro de valoración neurológica para pacientes hospitalizados no críticos en una institución de salud”. Tuvo como objetivo determinar la validez y confiabilidad de un Registro de Valoración Neurológica basado en los dominios de la taxonomía NANDA-I. Los resultados fueron que el índice de validez de contenido del instrumento fue 0,94, indicando la conservación de la estructura y el contenido del registro. La prueba KR-20 dio un valor global de 0,89, indicando una buena consistencia interna del instrumento. Se concluyó que el Registro de Valoración Neurológica basado en la taxonomía NANDA-I diseñado en este estudio, es un instrumento válido y confiable que puede ser utilizado para pacientes con deterioro neurológico para evaluar su estado de recuperación objetivo.

Baca D ¹³ realizó la investigación en Trujillo 2015 titulada “Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer”. El objetivo fue determinar la confiabilidad de consistencia interna y validez de constructo del Cuestionario MOS de Apoyo Social de Sherbourne y Stewart. Los resultados fueron que obtuvo una confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach de 0,94; el análisis factorial exploratorio con base en la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin identificó un valor de 0,887 el test de esfericidad de Bartlett tuvo un valor Chi-cuadrado estadísticamente muy significativo ($p < 0.01$). El estudio concluyó en un adecuado nivel de confiabilidad y validez del instrumento.

1.2. Diseño Teórico Conceptual

Siendo nuestro objeto de investigación la *validez y confiabilidad* de un instrumento, empezaremos abordando dicho tema.

La validez de un instrumento consiste en que mida lo que tiene que medir (autenticidad), en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir. Existen tres tipos de validez ⁹:

- *Validez de Contenido*: también se le denomina validez racional o lógica. Se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico del contenido de lo que se quiere medir, se trata de determinar hasta dónde los ítems o reactivos de un instrumento son representativos del universo de contenido de la característica o rasgo que se quiere medir, responde a la pregunta ¿cuán representativo es el comportamiento elegido como muestra del universo que intenta representar? ¹⁴

Un instrumento de medición requiere tener representados a todos o la mayoría de los componentes del dominio de contenido de las variables que se van a medir. Por ejemplo, una prueba de operaciones aritméticas no tendrá validez de contenido si incluyera sólo problemas de resta y excluyera problemas de suma, multiplicación o división ⁹.

El dominio de contenido de una variable normalmente está definido o establecido por la literatura (teoría y trabajos antecedentes). En indagaciones exploratorias en las que las fuentes previas son escasas, el investigador comienza a adentrarse en el problema de estudio y a proponer cómo puede estar constituido tal dominio ⁹.

El análisis del instrumento se hace en gran parte en términos de su contenido. Sin embargo, no se debe pensar en el contenido de manera estrecha, porque puede ser que estemos interesados en un proceso tanto como en el contenido simplemente. El

problema de apreciar la validez de contenido está vinculado íntimamente con la planificación del cuestionario y después con la construcción de los ítems ajustados a esos planes y a los contenidos del marco teórico de la investigación. Un instrumento de medición debe tener representados a todos los ítems del dominio de contenido de las variables a medir. Los investigadores deben elaborar una serie de ítems, acordes con las variables empleadas y sus respectivas dimensiones. Luego de la selección de los ítems más adecuados para el proyecto, se elabora el instrumento, para ser validado por un grupo impar de expertos, normalmente de tres o cinco, que certifiquen, efectivamente, que las preguntas, reactivos o afirmaciones seleccionadas son claras y tienen coherencia con el trabajo desarrollado ⁹.

Hay que considerar que la validez de contenido no puede expresarse cuantitativamente es más bien una cuestión de juicio, se estima de manera subjetiva o intersubjetiva empleando, usualmente, el denominado *Juicio de Expertos*. Se recurre a ella para conocer la probabilidad de error probable en la configuración del instrumento. Mediante el juicio de expertos se pretende tener estimaciones razonablemente buenas, las «mejores conjeturas». Sin embargo, estas estimaciones pueden y deben ser confirmadas o modificadas a lo largo del tiempo, según se vaya recopilando información durante el funcionamiento del sistema. Los juicios de expertos se pueden obtener por métodos grupales o por métodos de experto único. Se pueden seguir, entre otros, el método de agregados individuales, el método Delphi, la técnica de grupo nominal y el método de consenso grupal ¹⁴.

- *Método de Agregados Individuales*: Se pide individualmente a cada experto que dé una estimación directa de los ítems del instrumento. Éste es un método económico porque, al igual que el método Delphi, no exige que se reúna a los expertos en un lugar

determinado. Puede parecer un método limitado porque los expertos no pueden intercambiar sus opiniones, puntos de vista y experiencia, ya que se les requiere individualmente; no obstante, esta limitación puede ser precisamente lo que se esté buscando para evitar los sesgos de los datos ocasionados por conflictos interpersonales, presiones entre los expertos, etc. Se procede de la siguiente manera ¹⁴:

1) Se seleccionan al menos tres expertos o jueces, para juzgar de manera independiente la relevancia y congruencia de los reactivos con el contenido teórico, la claridad en la redacción y el sesgo o tendenciosidad en la formulación de los ítems, es decir, si sugieren o no una respuesta.

2) Cada experto debe recibir la información escrita suficiente sobre: el propósito de la prueba (objetivos), conceptualización del universo de contenido, tabla de especificaciones o de operacionalización de las variables del estudio.

3) Cada experto debe recibir un instrumento de validación que contenga: congruencia ítem-dominio, claridad, tendenciosidad o sesgo y observaciones.

4) Se recogen y analizan los instrumentos de validación y se decide:

a) Los ítems que tienen 100% de coincidencia favorable entre los jueces (congruentes, claros en su redacción y no tendenciosos) quedan incluidos en el instrumento.

b) Los ítems que tengan 100% de coincidencia desfavorable entre los jueces quedan excluidos del instrumento.

c) Los ítems que tengan una coincidencia parcial entre los jueces deben ser revisados, reformulados o sustituidos, si es necesario, y nuevamente validados.

- *Método Delphi*: este método fue creado en 1948 para obtener la opinión de expertos de una manera sistemática. En un primer momento, cada experto responde de manera individual y anónima a un cuestionario, después se analizan las respuestas del conjunto de expertos, se remite a cada uno la respuesta mediana obtenida, así como el intervalo intercuartil para cada cuestión y se les pide que reconsideren su juicio anterior, teniendo en cuenta estos datos ¹⁴.

En cada una de las tres o cuatro «vueltas» siguientes, se informa a los expertos de cuál es la mediana del grupo y se les propone revisar su juicio anterior. Todo juicio individual que quede fuera del intervalo intercuartil en que se mueve el grupo de expertos tiene que estar debidamente justificado o argumentado. La mediana de las respuestas obtenidas en esta última vuelta es el valor que se estaba buscando. Se emplea la mediana, porque se presupone que las puntuaciones posibles de los expertos se distribuyen de forma asimétrica. Con este método los expertos comparten en cierto modo sus opiniones, sin que existan discusiones ni confrontaciones directas entre ellos¹⁴.

- *Técnica de Grupo Nominal*: el primer paso es reunir a los expertos (entre ocho y diez personas) y pedirles que registren, individualmente y sin intercambiar opiniones, sus propias puntuaciones y consideraciones respecto a las probabilidades de error para cada una de las preguntas o tareas que se les detallan. Después, cada experto expone a los demás las puntuaciones y principales consideraciones registradas y al acabar esta ronda, se establecen las coincidencias del grupo. Luego se realiza un debate de cada uno de los apartados de ésta. Finalmente, cada experto, de manera individual y por escrito, puntúa y argumenta las probabilidades de error para cada tarea/pregunta considerada. En general, se procede como con el método Delphi, sólo que en esta técnica se permite algún debate entre los expertos, para que aclaren y compartan la información que cada

uno está considerando. Aunque hay intercambio de pareceres, los juicios se emiten de forma individual y la estimación final suele ser la media aritmética del conjunto de las estimaciones dadas por los expertos. El éxito de la técnica depende, por una parte, de la habilidad y la experiencia del moderador del grupo y de la buena voluntad de los expertos para trabajar juntos en un marco altamente estructurado ^{9,14}.

- *Método del Consenso Grupal*: Se reúne a los expertos en un lugar determinado, se indica al grupo que su tarea consiste en lograr una estimación de la pertinencia y otros aspectos relacionados con la elaboración de los ítems, que sea satisfactoria para todos los expertos. Con estas instrucciones se maximizan los intercambios de información y opiniones dentro del grupo de expertos. Este método, como el anterior, también precisa que el grupo de expertos sea pequeño, se fomente la libre expresión y se eviten las discusiones tensas y los sistemas de votación ¹⁴.

- *Validez de constructo*: es probablemente la más importante, sobre todo desde una perspectiva científica, y se refiere a qué tan bien un instrumento representa y mide un concepto teórico. A esta validez le concierne en particular el significado del instrumento, esto es, qué está midiendo y cómo opera para medirlo. Integra la evidencia que soporta la interpretación del sentido que poseen las puntuaciones del instrumento. Parte del grado en el que las mediciones del concepto proporcionadas por el instrumento se relacionan de manera consistente con mediciones de otros conceptos o variables vinculadas empírica y teóricamente (por la teoría, modelos e hipótesis previas o investigaciones antecedentes). A tales conceptos se les denomina “constructos”. Un *constructo* es una variable medida y tiene lugar dentro de una hipótesis, teoría o modelo teórico. Es un atributo que no existe aislado sino en relación con otros y debe ser inferido

de la evidencia que tenemos en nuestras manos y que proviene de las puntuaciones del instrumento aplicado ⁹.

La validez de constructo incluye tres etapas ⁹:

1) Sobre la base de la revisión de la literatura, se establece y especifica la relación entre el concepto o variable medida por el instrumento y los demás conceptos incluidos en la teoría, modelo teórico o hipótesis.

2) Se asocian estadísticamente los conceptos y se analizan cuidadosamente las correlaciones.

3) Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que se clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

El proceso de validación de un constructo está vinculado con la teoría. No es conveniente llevar a cabo tal validación, a menos que exista un marco teórico que soporte la variable en relación con otras variables. Desde luego, no es necesaria una teoría muy desarrollada, pero sí investigaciones que hayan demostrado que los conceptos se asocian. Cuanto más elaborada y comprobada se encuentre la teoría que apoya la hipótesis, la validación del constructo arrojará mayor luz sobre la validez general de un instrumento de medición. Tenemos más confianza en la validez de constructo de una medición cuando sus resultados se correlacionan significativamente con un mayor número de mediciones de variables que, en teoría y de acuerdo con estudios antecedentes, están relacionadas ⁹.

Las preguntas que se responden con la validez de constructo son: ¿el concepto teórico está realmente reflejado en el instrumento? ¿Qué significan las puntuaciones del

instrumento? ¿El instrumento mide el constructo y sus dimensiones? ¿Por qué? ¿Cómo opera el instrumento?

- *Validez de Criterio*: se establece al comparar sus resultados con los de algún criterio externo que pretende medir lo mismo. Este criterio es un estándar con el que se juzga la validez del instrumento, cuanto más se relacionen los resultados del instrumento de medición con los del criterio, la validez será mayor ⁹.

Si el criterio se fija en el presente de manera paralela, se habla de *validez concurrente* y si el criterio se fija en el futuro, se habla de *validez predictiva* ⁹.

El principio de la validez de criterio es sencillo: si diferentes instrumentos o criterios miden el mismo concepto o variable, deben arrojar resultados similares. Si hay validez de criterio, las puntuaciones obtenidas por ciertos casos en un instrumento deben estar correlacionadas y predecir las puntuaciones de estos mismos casos logradas en otro criterio ⁹.

La pregunta que se responde con la validez de criterio es: ¿en qué grado el instrumento comparado con otros criterios externos mide lo mismo?

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales. Responde a la pregunta ¿con cuánta exactitud los ítems, reactivos o tareas representan al universo de donde fueron seleccionados? El término confiabilidad designa la exactitud con que un conjunto de puntajes de pruebas miden lo que tendrían que medir. La confiabilidad varía de acuerdo con el número de indicadores específicos o ítems que incluya el instrumento de medición. Cuantos más ítems haya, mayor tenderá a ser ésta, lo cual resulta lógico. Claro está que demasiados ítems provocarán cansancio en los participantes ⁹.

Hay diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición. Todos utilizan procedimientos y fórmulas que producen coeficientes de fiabilidad. La mayoría oscilan entre cero y uno, donde un coeficiente de cero significa nula confiabilidad y uno representa un máximo de confiabilidad (fiabilidad total, perfecta).

Los procedimientos más utilizados para determinar la confiabilidad mediante un coeficiente son ^{9,14}:

- *Medida de estabilidad (confiabilidad por test-retest)*: En este procedimiento un mismo instrumento de medición se aplica dos o más veces a un mismo grupo de personas o casos, después de cierto periodo. Si la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones es muy positiva, el instrumento se considera confiable. Se trata de una especie de diseño de panel. Desde luego, el periodo entre las mediciones es un factor que hay que considerar. Si el periodo es largo y la variable o el contexto son susceptibles de cambios, ello suele confundir la interpretación del coeficiente de fiabilidad obtenido por este procedimiento. Y si el periodo es corto las personas pueden recordar cómo respondieron en la primera aplicación del instrumento, para aparecer como más consistentes de lo que en realidad son ^{9,14}.

- *Método de formas alternativas o paralelas*: En este esquema no se administra el mismo instrumento de medición, sino dos o más versiones equivalentes de éste. Las versiones (casi siempre dos) son similares en contenido, instrucciones, duración y otras características, y se administran a un mismo grupo de personas simultáneamente o dentro de un periodo corto. El instrumento es confiable si la correlación entre los resultados de ambas administraciones es positiva de manera significativa. Los patrones de respuesta deben variar poco entre las aplicaciones ^{9,14}.

Una variación de este método es el de las formas alternas prueba-posprueba, cuya diferencia reside en que el tiempo que transcurre entre la administración de las versiones es mucho más largo, que es el caso de algunos experimentos.

- *Método de mitades partidas (split-halves)*: Necesita sólo una aplicación de la medición. Específicamente, el conjunto total de ítems o reactivos se divide en dos mitades equivalentes y se comparan las puntuaciones o resultados de ambas, si el instrumento es confiable, las puntuaciones de las dos mitades deben estar muy correlacionadas. Un individuo con baja puntuación en una mitad tenderá a mostrar también una baja puntuación en la otra mitad ¹⁴.

- *Medidas de coherencia o consistencia interna*: Son coeficientes que estiman la confiabilidad: a) el alfa de Cronbach (desarrollado por J.L. Cronbach) y b) los coeficientes KR-20 y KR-21 (de Kuder y Richardson). El método de cálculo de éstos requiere una sola administración del instrumento de medición.

El alfa de Cronbach trabaja con variables de intervalos o de razón, y KR-20 y KR-21 con ítems dicotómicos ⁹.

Su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente. La mayoría de los programas estadísticos como SPSS y Minitab los determinan y solamente deben interpretarse ⁹.

Respecto a la interpretación de los distintos coeficientes mencionados cabe señalar que no hay una regla que indique “a partir de este valor no hay fiabilidad del instrumento”. Más bien, el investigador calcula su valor, lo declara y lo somete a escrutinio de los usuarios del estudio u otros investigadores, explicitando el método utilizado. Algunos

autores consideran que el coeficiente debe estar entre 0.70 y 0.90 (Tavakol y Dennick, 2011). Nunnally (1987) por encima de 0.80. Lauriola (2003) sugiere un valor mínimo de 0.70 para la comparación entre grupos y 0.90 para escalas. Garson (2013) establece que 0.60 es aceptable para propósitos exploratorios y 0.70 para fines confirmatorios ⁹.

Hay diversos factores que llegan a afectar la confiabilidad y la validez de los instrumentos de recolección de los datos e introducen errores en la medición. A continuación se mencionarán los más comunes ⁹.

- *La improvisación:* Algunas personas creen que elegir un instrumento de medición o desarrollarlo es algo que puede tomarse a la ligera. Esta improvisación genera casi siempre instrumentos poco válidos o confiables. Aun a los investigadores experimentados les toma tiempo desarrollar un instrumento de medición. Además, para construirlo se requiere conocer muy bien la variable que se pretende medir, así como la teoría y la práctica que la sustentan ⁹.

Cuando las mediciones se refieren a seres humanos hay otros factores:

- a) Utilizar instrumentos desarrollados en el extranjero que no han sido validados en nuestro contexto: cultura y tiempo. Traducir un instrumento, aun cuando adaptemos los términos a nuestro lenguaje y los contextualicemos, no es ni remotamente una validación. Constituye un primer y necesario paso, aunque sólo es el principio. En el caso de traducciones, es importante verificar que los términos centrales tengan referentes con el mismo significado, o alguno muy parecido, en la cultura en la que se va a utilizar dicho instrumento (vincular términos entre la cultura de origen y la cultura destinataria). Por otra parte, existen instrumentos que fueron validados en nuestro contexto, pero hace mucho tiempo. Las culturas, los grupos y las personas cambian; y esto debemos tomarlo en cuenta al elegir o desarrollar un instrumento de medición ⁹.

b) Usar instrumentos inadecuados para las personas a quienes se les aplica: no son empáticos. Utilizar un lenguaje muy elevado para los sujetos respondientes, no tomar en cuenta diferencias de género, edad, conocimientos, memoria, nivel ocupacional y educativo, motivación para contestar, capacidades de conceptualización y otras diferencias en los participantes, son errores que llegan a afectar la validez y la confiabilidad; quien realiza una investigación debe adaptarse siempre a los participantes y no al revés, ya que es necesario brindarles todo tipo de facilidades ⁹.

c) Cuestiones vinculadas con los estilos personales de los participantes como: deseabilidad social (tratar de dar una impresión muy favorable a través de las respuestas), tendencia a asentir con respecto a todo lo que se pregunta, dar respuestas inusuales o contestar siempre negativamente ⁹.

d) Condiciones en las que se aplica el instrumento de medición: El ruido, la inadecuada iluminación, el frío, un instrumento demasiado largo o tedioso, una encuesta telefónica son cuestiones que llegan a afectar negativamente la validez y la confiabilidad, al igual que si el tiempo que se brinda para responder al instrumento es inapropiado ⁹.

- *Falta de estandarización:* Que las instrucciones no sean las mismas para todos los participantes, que el orden de las preguntas sea distinto para algunos individuos, que los instrumentos de observación no resulten equivalentes, que el procedimiento para administrar la medición no sea exactamente el mismo para todos los casos. Este elemento también se vincula con la objetividad ⁹.

- *Aspectos mecánicos:* Si el instrumento es escrito, que no sean legibles las instrucciones, falten páginas, no haya espacio adecuado para contestar o no se comprendan las instrucciones, también influyen de manera desfavorable ⁹.

Con respecto a la validez de constructo dos factores pueden afectarla significativamente⁹:

- a) La estrechez del contenido, es decir, que se excluyan dimensiones importantes de la variable o las variables medidas.
- b) La amplitud exagerada, donde el riesgo es que el instrumento contenga excesiva intrusión de otros constructos similares.

Muchos de los errores se pueden evitar mediante una adecuada revisión de la literatura, que nos permite seleccionar las dimensiones apropiadas de las variables del estudio, otros criterios para comparar los resultados de nuestro instrumento, teorías de respaldo, instrumentos de dónde elegir, etc.

Ahora hablaremos acerca de los factores de riesgo del cáncer gástrico y su prevención.

Se sabe que el cáncer se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecer en forma descontrolada. Las células en casi cualquier parte del cuerpo pueden convertirse en cáncer y pueden extenderse a otras áreas del cuerpo ¹⁵. *El cáncer de estómago*, conocido también como cáncer gástrico, es un cáncer que se origina en el estómago.

Cáncer gástrico fundamentalmente consta de cuatro factores de riesgo que son: Factor de Riesgo Personal y Genético, factor de riesgo alimentario, factor de riesgo socio ambiental y factor de riesgo biológico ¹⁵.

Factor de Riesgo Personal y Genético:

- a) Edad y sexo: El cáncer gástrico es más frecuente entre los varones que entre las mujeres, después de los 50 años aumenta bruscamente la incidencia del cáncer de

estómago. La mayoría de las personas diagnosticadas con cáncer gástrico se encuentran entre los 40, 50 ó 70 años de edad ¹⁵.

b) Historia familiar de cáncer gástrico: Las personas con varios parientes de primer grado que han tenido cáncer de estómago tienen mayores probabilidades de padecer esta enfermedad ¹⁵.

c) Grupo sanguíneo A: Éste es un síndrome hereditario que aumenta significativamente el riesgo de padecer cáncer gástrico. Esta afección es poco común, pero el riesgo de cáncer de estómago en el transcurso de la vida de las personas afectadas es de aproximadamente 70% al 80%. Las mujeres con este síndrome también tienen un riesgo aumentado de padecer un tipo particular de cáncer de seno ¹⁵.

Esta condición es causada por mutaciones (defectos) en el gen (E-cadherin/CDH1). Un estudio en Europa muestra que la combinación de ciertos genotipos del huésped y bacterianos confiere un mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico. Aquellos pacientes con polimorfismos de alto riesgo (IL1B-511/IL-1RN*2) y bacterias virulentas (Cag-A+ / Vac As1) tienen el más alto riesgo de desarrollar cambios histológicos severos en la mucosa gástrica. Estos y otros estudios similares sugieren que polimorfismos genéticos influyen la expresión de citoquinas, la inflamación gástrica y el riesgo de desarrollar lesiones pre cancerosas en los infectados por *Helicobacter pylori* ¹⁵.

d) Historia clínica de enfermedad precursora: La ocurrencia de enfermedades refleja finalmente el modo de vivir de las personas, sus condiciones sociales, económicas y ambientales. Hoy en día se reconoce que la aparición del cáncer está directamente vinculada a una multiplicidad de causas, suficientes para constituirse necesariamente en una preocupación. No hay duda que en varios tipos de cáncer, la susceptibilidad genética tiene un papel importante, a la que se suma su interacción con el medio externo; entre

esta susceptibilidad y los factores o las condiciones resultantes del modo de vida y del ambiente, ocurre finalmente el riesgo de padecer cáncer ¹⁶.

Factor de Riesgo Alimentario

a) Ingesta de sal: Hay evidencia de mayor riesgo de cáncer gástrico (CG) en los individuos que tienen alta ingesta de sal o un alto consumo de alimentos preservados en sal. En ocho estudios de la Fundación para la investigación de cáncer en el mundo (WCRF) y el Instituto americano para la investigación en cáncer (AIRC), se encontró aumento del riesgo de CG (OR 2,1 a 5,0) con el consumo de sal pero en cuatro no se encontró asociación ¹⁷.

Experimentalmente, la sal aumenta los tumores gástricos. Altas concentraciones de sal en el estómago producen diversos efectos dañinos sobre el mismo: inflamación, daño de la capa de moco, aumento de la proliferación celular y síntesis del ADN, los cuales pueden aumentar el riesgo de CG en un medioambiente de inflamación constante. También se ha demostrado que el daño mucoso inducido por la sal aumenta la persistencia de la infección por *H. pylori* en ratones ¹⁷.

b) Alimentos con altos contenidos de nitratos: Las nitrosaminas han llamado la atención a causa de su actividad como potentes carcinógenos. Éstas se producen como consecuencia de la reacción de los nitritos con unos compuestos que forman parte de la dieta habitual: las aminas. Los nitritos, por su parte, proceden de la oxidación de los nitratos, que también se encuentran habitualmente en la dieta, (alimentos salados, bebidas refrescantes, algunos embutidos, carnes, pescados, verduras, etc.) ¹⁷.

Estas transformaciones se pueden dar en diferentes partes del aparato digestivo, boca, esófago, estómago etc. Se le atribuye una mayor afectación sobre el cáncer gástrico. Por ahora, no se conoce el mecanismo de actuación concreto ¹⁷.

Algunos alimentos, cuyo contenido en sal es elevado, pueden alterar las mucosas del tubo digestivo, de forma que lo hacen más vulnerable a la acción de estos compuestos. Se ha encontrado mayor riesgo de CG con la formación de nitrosaminas cuando hay infección por *H. pylori* o disminución de los niveles plasmáticos de vitamina C. Diferentes estudios experimentales y observacionales sugieren que la nitrosamina y el consumo de alimentos procesados con sustancias relacionadas ¹⁷.

c) Alimentos ahumados: El método empleado para preparar los alimentos ahumados, parece que se ha revelado como cancerígeno. Su efecto tóxico proviene de los hidrocarburos policíclicos que se producen en el proceso. En la actualidad, se seleccionan las maderas para el ahumado a fin de evitar el contenido en resinas y se aplican los métodos a bajas temperaturas. Estas precauciones disminuyen la cantidad de sustancias tóxicas. Se recomienda el consumo esporádico ¹⁷.

Factor de Riesgo Socio ambiental

a) Alimentación: Consiste en la ingestión de una serie de sustancias que tomamos de mundo exterior y que forman de nuestra dieta. La alimentación es un acto voluntario y consciente que aprendemos a lo largo de nuestra vida. La alimentación puede no ser la adecuada y está influenciada por diversos factores como los medios de comunicación¹⁸.

En el mundo, parte de la reducción de la incidencia y mortalidad del cáncer gástrico se debe a factores socio ambiental, y ello se ha demostrado en poblaciones que presentan un riesgo elevado de este tipo de cáncer que migran a áreas de menor riesgo. Dentro de

estos factores socio ambientales se encuentran la dieta, el consumo de tabaco y alcohol y la presencia de infección por *Helicobacter pylori*. La dieta desempeña un papel importante en la prevención del cáncer gástrico, ya que se ha demostrado que en áreas donde hay menos consumos de sal, conservantes a base de nitratos, aumento de consumo de frutas y vegetales, hay menor incidencia de cáncer gástrico ¹⁸.

Las comidas saladas, los embutidos, las comidas ahumadas, los picantes, los fritos y las comidas procesadas tienen un riesgo probable para desarrollar cáncer gástrico, según el panel de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Fundación Mundial para la Investigación del Cáncer (WCRF) y la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer ¹⁸.

b) Higiene, manipulación y conservación de los alimentos: Todas las personas que preparan alimentos, deben ser conscientes de que una Intoxicación alimentaria, causada por una falla en la cadena de manipulación de dichos productos, puede tener efectos muy graves sobre la salud, llegando incluso a causar la muerte en determinados casos ¹⁹.

Los contaminantes pueden ser físicos (tierra, pelos, papel, heces, etc.), químicos (pesticidas, algunos aditivos alimentarios, productos de limpieza y desinfección, tóxicos naturales de algunos alimentos, etc.) y biológicos (virus, bacterias, parásitos, hongos e insectos). Por lo cual es importante tomar medidas adecuadas en cada uno de los eslabones de la cadena alimentaria donde podrían contaminarse los alimentos ¹⁹.

En la selección y compra, tener en cuenta el estado de conservación de los alimentos, sobre todo de las carnes, pescado, mariscos, productos lácteos y huevos. Constatar que la fecha de vencimiento de los productos envasados no haya caducado. Conservación, los productos cárnicos, lácteos y alimentos preparados, deben ser guardados en

refrigeración, las menestras y harinas en envases apropiados y tapados, las verduras y tubérculos en ambiente fresco y en recipientes con buena circulación de aire ¹⁹.

Los ambientes deben estar limpios y libres de insectos y roedores. Preparación, limpieza y orden, son también puntos importantes. El lugar de preparación de los alimentos debe ser seguro y adecuado (cocina), lavarse bien las manos con agua a chorro y jabón antes de tocar los alimentos; mantener las uñas cortas; usar recipientes y utensilios de cocina limpios; lavar las verduras y frutas con agua limpia a chorro; evitar preparar alimentos si se tiene alguna enfermedad infectocontagiosa o alguna herida en las manos. Si no se tiene agua corriente, almacenarla en recipientes limpios y bien tapados y usar una jarra limpia destinada sólo para sacar agua ¹⁹.

En lugares de expendio de alimentos al público, adoptar las medidas recomendadas por Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) según Reglamento sobre Vigilancia y Control Sanitario de Alimentos y Bebidas, en cada uno de los siguientes eslabones de la manipulación de alimentos recepción, almacenaje y conservación de las materias primas ¹⁹.

c) Higiene: Es un conjunto de medidas más idóneas para promover y mantener la salud individual y colectiva, favoreciendo los factores protectores del estado de salud y reduciendo la morbi-mortalidad de la población. Su alcance y beneficios no conoce límites, abarca diferentes edades, sexo, etnias, culturas, estilos de vida; así como el entorno que rodea a la persona: vivienda, comunidad, institución educativa, centros laborales, centros de esparcimientos, entre otros ¹⁹.

Higiene personal, abarca los cuidados personales: el aseo del cuerpo, con énfasis en el lavado de manos, de los utensilios de cocina, la desinfección en las viviendas de pisos, paredes y sanitarios; y la higiene y manipulación adecuada de los alimentos. Higiene en

la preparación culinaria de los alimentos. Higiene del personal en contacto con los alimentos. Higiene de cualquier instalación, material o utensilio que pueda entrar en contacto directo con los alimentos ¹⁹.

d) Hábitos nocivos de consumo de tabaco y alcohol: El usuario de humo de tabaco está expuesto continuamente a 4,500 sustancias, 120 tóxicas y 60 son cancerígenas. Los fumadores corren riesgo elevado de padecer 17 localizaciones de cáncer y otras enfermedades crónicas en mayor proporción que los no fumadores ²⁰.

El tabaco es una causa evitable de cáncer pulmonar, de laringe, boca, lengua, mama, esófago, estómago, páncreas, hígado, pleura, vejiga, riñón, cuello uterino, piel, leucemia mieloide ²⁰.

Los fumadores de 1 a 14 cigarros, de 5 a 24 cigarros y más de 25 cigarros tienen respectivamente riesgo aproximado de 8, 14 y 24 veces mayor muerte por cáncer comparados con aquellas personas que nunca fumaron. Es necesario considerar además, que el fumador pasivo aspira también humo de tabaco hasta en un 30%, e igualmente tiene el riesgo de padecer enfermedades originadas por este hábito ²⁰.

El consumo elevado de alcohol, más de 60 gramos al día, multiplica por dos el riesgo de padecer cáncer de estómago, uno de los que tienen peor pronóstico porque se detecta en estadios muy avanzados ²¹.

Factor de Riesgo Biológico

a) Infección por *Helicobacter Pylori*: El *Helicobacter Pylori* cuenta con un flagelo adaptado al medio ácido que le permite navegar a través del moco gástrico, mecanismo que es esencial para el proceso de colonización.

Además tiene la capacidad de reconocer receptores en las células del tejido gástrico y adherirse a ellos mediante una familia compleja de adhesinas bacterianas. Este proceso de adhesión altera la morfología y fisiología de las células del epitelio gástrico, al mismo tiempo que activa ciertas funciones bacterianas; siendo bastante tóxica para el tejido epitelial ²².

El *Helicobacter pylori* libera varias enzimas que pueden causar daño celular mediante mecanismos directos o indirectos. La ureasa representa el 5% del peso de la bacteria. Hidroliza la urea, generando dióxido de carbono y compuestos de amonio, lo que permite a este micro organismo sobrevivir en un medio ácido. Adicionalmente los compuestos generados como el cloruro de amonio y la monocloramina ocasionan un daño directo sobre las células epiteliales. Esta enzima es también antigénica, y activa el sistema inmunológico, produciendo un daño indirecto mediante el estímulo inflamatorio²².

Prevención del cáncer gástrico

El concepto de Prevención está vinculado al proceso salud enfermedad; en cada época de la historia se han dado diferentes interpretaciones a la salud y a la enfermedad, las cuales a su vez se relacionan con las situaciones políticas, económicas y sociales de cada momento histórico. Al igual que la Promoción, la Prevención también fue descrita en 1945 por Henry Sugeriste como una de las cuatro funciones de la Medicina, junto con la reparación o tratamiento del daño y la rehabilitación: más adelante, los norteamericanos las denominaron como funciones de la Salud Pública ²³.

Según la OMS, existen sólidos indicios clínicos de que la dieta saludable y la actividad física pueden reducir los factores de riesgo del cáncer hasta en 30 a 40%. La International Agency for Researchon Cáncer (IARC) ha propuesto la modificación de

los hábitos alimentarios, posiblemente, el suplemento con vitaminas y la erradicación de *H. pylori*, que permanecen como las herramientas más importantes para la prevención del cáncer gástrico. En la mayoría de los estudios epidemiológicos, el consumo de frutas y vegetales frescos se ha asociado con un menor riesgo de presentar cáncer gástrico y otras neoplasias. En estos alimentos se han identificado componentes protectores, como las vitaminas antioxidantes ²³.

Prevención Primaria

Consiste en el control sobre la alimentación para la prevención del cáncer gástrico, como el excesivo consumo de sal, los alimentos embutidos y preservados, y el tabaquismo, los cuales desempeñan un papel primordial en su génesis, algunos de ellos permanecen en discusión.

a) Consumo de alimentos protectores: Estudios epidemiológicos y ensayos experimentales han concluido que la alimentación rica en frutas, legumbres y verduras confiere protección contra el cáncer. El consumo recomendado por la OMS es de al menos cinco porciones diarias de frutas y vegetales, en una cantidad alrededor de 400g. Las grasas sanadoras del cáncer son los ácidos grasos frescos y aceites no refinados²³.

Las investigaciones sobre los mecanismos de acción de los agentes protectores presentes en frutas, legumbres y verduras demuestran que su mayor consumo lleva a la reducción de lesiones genéticas que podrían desencadenar el cáncer, y de este modo acelerar la velocidad de reparación del DNA, lo que ayuda a entender por qué esos alimentos confieren protección contra diversos tipos de cáncer ²³.

b) Factor Genético en la prevención de cáncer gástrico: Familias de pacientes con cáncer gástrico: incidencia 2-3 veces mayor, inmune-hereditarios. Familiares de primer

grado de pacientes con cáncer gástrico e infectados por Hp, tienen una mayor proporción de gastritis atrófica y otros factores considerados como precancerosos, en relación con controles también infectados pero sin antecedentes familiares de cáncer gástrico y se les ha demostrado un incremento de interleucina, bajos niveles de lo que eleva 27 veces el riesgo de cáncer gástrico de los infectados en relación a los que no presentan infección²⁴.

Estas evidencias, han hecho recomendable la erradicación en familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico e infectado por *Helicobacter Pylori*.

Prevención Secundaria

Medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición. En este particular es importante recalcar que en la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. De allí, la relevancia de la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas ²⁵.

Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas ²⁵.

Detección Temprana y otras medidas de prevención

a) Endoscopía y búsqueda de infección por *Helicobacter Pylori*: La endoscopía es un procedimiento médico que utiliza un sistema óptico para poder ver en el interior del tubo digestivo. Se denomina gastroscopia cuando se estudia el tubo digestivo superior (esófago, estómago e intestino delgado).

Una endoscopía es un procedimiento realizado con el propósito de obtener un examen de laboratorio, realizar una biopsia a la célula del cuerpo para examinarlos con el microscopio. Las biopsias usualmente se realizan para determinar si un tumor es malignos (canceroso) o para determinar la causa de una infección o inflamación inexplicada. Una biopsia puede obtenerse de varias formas, dependiendo del tipo de muestra que se necesite²⁶.

CAPÍTULO II

MÉTODOS Y MATERIALES

CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES

2.1. Tipo de Investigación

La presente investigación tuvo como base el paradigma Cuantitativo, el cual es ampliamente usado en las ciencias naturales y sociales; implica la recolección sistemática de información numérica, a menudo bajo condiciones de control considerable y el análisis de esa información por medio de procedimientos estadísticos⁹.

2.2. Diseño de Investigación

No experimental, Exploratorio.

No experimental ya que la investigación se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos ⁹.

Exploratorio, ya que se realiza cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas ⁹.

2.3. Población y muestra

La población, para la validez de contenido fue conformada por seis expertos en la temática. Para la confiabilidad del instrumento se trabajó con 250 personas atendidas en el servicio de procedimientos endoscópicos de un Hospital de Chiclayo.

Criterios de Inclusión para los expertos:

- Profesionales de la salud: médicos y enfermeras especialistas en Gastroenterología.

Criterios de Inclusión para las personas atendidas:

- Personas mayores de 18 años hasta 75 años que aceptaron participar en el estudio, alfabetas, que hablen español.

Criterios de Exclusión para expertos:

- Profesionales de la salud que no laboran en la región Lambayeque.

Criterios de Exclusión para personas atendidas:

- Personas con trastornos cognitivos o con déficit visual grave.

Con respecto a la muestra, para el caso de las personas atendidas, se aplicó la siguiente fórmula para su determinación:

$$M = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{(N - 1) \cdot d^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N = población: 250

Z = intervalo de confianza: 95% = 1.96

p = probabilidad: 0.5

q = (1 - p) = 0.5

d = margen de error: 5% = 0.05

Por lo tanto, la muestra fue de 154 personas. Se aplicó un muestro probabilístico simple, ya que todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser escogidos para la muestra y se obtuvo definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra por medio de una selección aleatoria de las unidades de muestreo.

2.4. Técnicas o Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se empleó tanto para la validez como para la confiabilidad del instrumento fue la encuesta.

El instrumento elaborado fue un inventario denominado prácticas de prevención de cáncer gástrico (Anexo 01), el cual es utilizado para medir conductas. Las respuestas no son correctas o incorrectas, lo único que demuestran es la conformidad o no de los sujetos con los enunciados de los ítems ²⁷.

El inventario quedó estructurado en cinco dimensiones: alimentación, higiene personal y manipulación de alimentos, conservación de alimentos, autocuidado y aspectos personales, genéticos y psicosociales.

Cada ítem de las cuatro primeras dimensiones (alimentación, higiene personal y manipulación de alimentos, conservación de alimentos y autocuidado) cuenta con 5 posibles respuestas:

Nunca = N

Rara vez = R

A veces = A

Frecuentemente = F

Siempre = S

El instrumento se sometió a la validez de contenido y constructo.

Para asegurar la validez de contenido, la variable prácticas de prevención de cáncer gástrico fue analizada en cinco dimensiones (alimentación, higiene personal, higiene y manipulación de alimentos, conservación de alimentos y autocuidado), teniendo en cuenta la literatura revisada referida a factores de riesgo de cáncer gástrico, seleccionándose aquellos que pueden ser modificados por conductas, específicamente se seleccionaron conductas de promoción de salud y de prevención y detección precoz del cáncer gástrico. Este instrumento fue sometido al juicio de seis expertos (médicos y enfermeras especialistas en gastroenterología) lo que permitió mejorar la construcción de los ítems con las sugerencias aportadas por estos profesionales (Anexo 02). Por lo tanto, en la primera versión, el instrumento estuvo estructurado con cinco dimensiones y 31 ítems y en la segunda versión el instrumento quedó estructurado con 30 ítems y en cuanto a las dimensiones, se unió la dimensión higiene personal e higiene y manipulación de alimentos y se agregó la dimensión aspectos personales, genéticos y psicosociales.

La validez de constructo se aseguró por los siguientes mecanismos:

- Al revisar la literatura, se establecieron las dimensiones y los ítems necesarios para la construcción del instrumento.
- Se asociaron estadísticamente los conceptos y se analizaron cuidadosamente las correlaciones.

- Se interpretó la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que se clarifica la validez de constructo de este instrumento.

Para medir la confiabilidad del instrumento se aplicó la medida de coherencia o consistencia interna, alfa de Cronbach.

2.5. Técnicas de Procesamiento de la Información

Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS 22.0.

Se realizó como primer paso la tabulación independientemente de los datos de cada una de las preguntas del inventario, para ello fue preciso contar cada una de las respuestas que aparecen, distribuyéndolas de acuerdo a las categorías previamente definidas.

Terminada la tabulación de la información contenida en el instrumento de recolección, como segundo paso se llevó a cabo la realización de las tablas estadísticas para presentar los resultados de modo tal que estos se hagan fácilmente inteligibles

Después se procedió con la graficación, en caso de ser necesario, para visualizar los valores numéricos que aparecen en las tablas.

2.6. Rigor Científico

En la presente investigación se puso en práctica el rigor científico que estuvo dado por los siguientes principios ⁹:

Objetividad: Permitiendo que la investigación estuviera exenta de la influencia de la perspectiva de los investigadores, manteniendo en todo momento una sujeción estricta a los hechos, tal y como se presentan.

Validez: y confiabilidad del instrumento: se aplicó las estrategias señaladas en los párrafos anteriores.

Confidencialidad: Garantizando el acceso a la información sólo a personas autorizadas, en este caso a la investigadora, manteniendo en reserva la información brindada por los pacientes del hospital.

Auditabilidad: Para ello la investigadora realizó una descripción minuciosa del procedimiento para la recolección y procesamiento de la información, de tal modo que otros investigadores puedan seguir “la pista” o la ruta de lo que el investigador original ha hecho.

2.7. Principios Éticos

La presente investigación tuvo como sujetos de estudio a los seres humanos (pacientes), debiendo garantizarse la protección de los derechos de estas personas, por lo que esta investigación se rigió por los principios éticos abordados en el Informe Belmont ⁹:

Principio de beneficencia: Se minimizaron los riesgos y la equivocación para maximizar los beneficios de la investigación, respetando las decisiones de los pacientes del servicio de procedimientos endoscópicos. Además, toda la información que nos proporcionaron fue utilizada como medio de investigación siendo el único beneficio obtener resultados, los cuales fueron utilizados de manera estricta para fines de ésta.

Respeto a la dignidad humana: Se respetó la decisión de la persona de participar o no en la investigación haciéndole firmar un consentimiento informado (Anexo 03); informándoles que tienen derecho de dar por terminada su participación en cualquier momento, de rehusarse a dar información o de exigir que se les explique el propósito del estudio y los procedimientos específicos.

Principio de justicia: Las personas, sujeto de estudio, fueron tratadas de manera justa sin discriminación antes, durante y después de su participación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

Un pilar básico en la lucha contra el cáncer gástrico es, sin lugar a dudas, la prevención. En este sentido, enfermería tiene un papel fundamental ya que los cuidados brindados a la población desde un enfoque integral, y la educación para evitar los factores de riesgo y optar por estilos de vida saludables son las armas de las que disponen las enfermeras y con las que dotan a los pacientes para librar esta batalla común frente al cáncer. Por ello es fundamental que enfermería disponga de instrumentos necesarios que le permitan recabar información válida y confiable. En este contexto, este estudio planteó como objetivo general determinar la validez y confiabilidad del instrumento de prácticas de prevención de cáncer gástrico, cuyos resultados se presentan en las siguientes tablas:

Validez de Contenido

La validez de contenido se estableció según los criterios de coherencia metodológica de la investigación. Se consideró que el ítem sea coherente con el objetivo, con la literatura y redactado con claridad.

Se sometió al juicio de seis expertos, entre ellos cuatro médicos especialistas en Gastroenterología y dos Licenciadas especialistas en Enfermería gastroenterológica y procedimientos endoscópicos. A ellos se les suministró el instrumento con la información básica de los criterios de evaluación y las categorías; evaluando cada experto cada uno de los 31 ítems del instrumento, expresando sus observaciones.

Puntajes

Coherente con el objetivo	Claro	Coherente con la literatura
1 = Si	1 = Si	1 = Si
0,5 = No	0,5 = No	0,5 = No

Tabla 1.- Validez de Contenido del Inventario Prácticas de Prevención de Cáncer Gástrico.

Ítems	Experto 1		Experto 2		Experto 3		Experto 4		Experto 5		Experto 6	
	Coherente con el objetivo	Claro	Coherente con la literatura	Coherente con el objetivo	Claro	Coherente con la literatura	Coherente con el objetivo	Claro	Coherente con la literatura	Coherente con el objetivo	Claro	Coherente con la literatura
1 Mantiene un horario regular en las comidas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2 Consume bebidas envasadas (gaseosas)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3 Consume grasas como mantequilla, margarina, lácteos, queso, mayonesa, etc.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4 Consume alimentos procesados como galletas, cereales, mermeladas, conservas, etc.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5 Consume jugos artificiales (frugos)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6 Consume embutidos como jamón, mortadela, chorizo, hot dog; etc.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7 Consume alimentos como cecina, carne seca, tocino, etc.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8 Come carnes rojas más de cuatro veces a la semana.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9 Come pollo o pescado más que carnes rojas.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10 Consume comidas muy condimentadas.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11 Incluye entre comidas el consumo de frutas.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12 Incluye las verduras en su alimentación diaria.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

13	Consume agua hervida.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	Consume altas cantidades de sal.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	Reutiliza el aceite de freír en la preparación de sus alimentos.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	Consume ensaladas de frutas o verduras que no fueron preparadas en casa.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	Cuando come fuera de casa, lo hace en lugares limpios y ordenados.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	Se lava las manos con abundante agua y jabón antes de tocar los alimentos.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	Se lava las manos con abundante agua y jabón después de hacer uso del servicio higiénico.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	Lava las frutas y verduras con abundante agua antes de consumirlas.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	Los utensilios de cocina que utiliza están limpios.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	Las carnes, los lácteos y otros alimentos los conserva en refrigeración.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	Las frutas y verduras se encuentran en un ambiente fresco con buena circulación de aire.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24	El agua que consume lo tiene en recipientes limpios y bien tapados.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

25	Acude a consulta con el gastroenterólogo para detectar precozmente alguna enfermedad.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	0,5	0,5	1	1	1
26	Cuando presenta alguna molestia gástrica acude a consulta con el gastroenterólogo.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	Fuma cigarrillo o tabaco.	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
28	Está en contacto con personas que fuman.	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	0,5	0,5	0,5	1	1	1
29	Consume licor.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30	Se ha realizado examen de endoscopía digestiva.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	Se ha realizado examen de test de aliento	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Total Promedio	1	1	1	1	1	0,95	1	1	1	1	1	1	0,97	0,97	0,97	1	1	1
	IVC * Experto		1			1			0,98				1			0,97			1
	IVC General																		

Se observó que el índice de validez de contenido fue de 0,99 lo cual indicó una validez de contenido elevada, el panel de expertos consideró que los ítems miden lo que proponen medir. De allí se realizó nuevamente una revisión y ajuste a las observaciones dadas.

Tabla 2.- Validez de contenido para la dimensión alimentación.

Ítems		Coherente con el objetivo	Claro	Coherente con la literatura
1	Mantiene un horario regular en las comidas	1	1	1
2	Consume bebidas envasadas (gaseosas)	1	1	1
3	Consume grasas como mantequilla, margarina, lácteos, queso, mayonesa, etc.	1	1	1
4	Consume alimentos procesados como galletas, cereales, mermeladas, conservas, etc.	1	1	1
5	Consume jugos artificiales (frugos)	1	1	1
6	Consume embutidos como jamón, mortadela, chorizo, hot dog; etc.	1	1	1
7	Consume alimentos como cecina, carne seca, tocino, etc.	1	1	1
8	Come carnes rojas más de cuatro veces a la semana.	1	1	1
9	Come pollo o pescado más que carnes rojas.	1	1	1
10	Consume comidas muy condimentadas.	1	1	1
11	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	1	1	1
12	Incluye las verduras en su alimentación diaria.	1	1	1
13	Consume agua hervida.	1	1	1
14	Consume altas cantidades de sal.	1	1	1
15	Reutiliza el aceite de freír en la preparación de sus alimentos.	1	1	1
16	Consume ensaladas de frutas o verduras que no fueron preparadas en casa.	1	1	1
17	Cuando come fuera de casa, lo hace en lugares limpios y ordenados.	1	1	1
Total Promedio		1	1	1
IVC General			1	

Se observó que el índice de validez para la dimensión Alimentación es elevado, lo cual se considera coherente con el objetivo, con la literatura y es redactado con claridad, según el criterio de los expertos.

Tabla 3.- Validez de contenido para la dimensión higiene personal.

Ítems		Coherente con el objetivo	Claro	Coherente con la literatura
18	Se lava las manos con abundante agua y jabón antes de tocar los alimentos.	1	1	1
19	Se lava las manos con abundante agua y jabón después de hacer uso del servicio higiénico.	1	1	1
Total Promedio		1	1	1
IVC General			1	

Para esta dimensión el índice de validez fue elevado, por lo cual se considera coherente con el objetivo, con la literatura y es redactado con claridad, según el criterio de los expertos.

Tabla 4.- Validez de contenido para la dimensión higiene y manipulación de alimentos.

	Ítems	Coherente con el objetivo	Claro	Coherente con la literatura
20	Lava las frutas y verduras con abundante agua antes de consumirlas.	1	1	1
21	Los utensilios de cocina que utiliza están limpios.	1	1	1
	Total Promedio	1	1	1
	IVC General		1	

Esta dimensión obtuvo un índice de validez elevado, lo cual se considera coherente con el objetivo, con la literatura y es redactado con claridad, según el criterio de los expertos. Se tuvo como sugerencia y observación que se unan las dimensiones Higiene Personal e Higiene y Manipulación de alimentos, quedando la dimensión Higiene Personal y Manipulación de Alimentos compuesta por los ítems 18, 19, 20 y 21.

Tabla 5.- Validez de contenido para la dimensión conservación de alimentos.

	Ítems	Coherente con el objetivo	Claro	Coherente con la literatura
22	Las carnes, los lácteos y otros alimentos los conserva en refrigeración.	1	1	1
23	Las frutas y verduras se encuentran en un ambiente fresco con buena circulación de aire.	1	1	1
24	El agua que consume lo tiene en recipientes limpios y bien tapados.	1	1	1
	Total Promedio	1	1	1
	IVC General		1	

Se observó que el índice de validez para la dimensión conservación de alimentos es elevado, lo cual se considera coherente con el objetivo, con la literatura y es redactado con claridad, según el criterio de los expertos.

Tabla 6.- Validez de contenido para la dimensión autocuidado.

	Ítems	Coherente con el objetivo	Claro	Coherente con la literatura
25	Acude a consulta con el gastroenterólogo para detectar precozmente alguna enfermedad.	0,92	0,92	0,92
26	Cuando presenta alguna molestia gástrica acude a consulta con el gastroenterólogo.	1,00	1,00	1,00
27	Fuma cigarrillo o tabaco.	0,92	1,00	1,00
28	Está en contacto con personas que fuman.	0,83	0,92	0,92
29	Consume licor.	1,00	1,00	1,00
30	Se ha realizado examen de endoscopía digestiva.	1,00	1,00	1,00
31	Se ha realizado examen de test de aliento	0,92	1,00	1,00
	Total Promedio	0,94	0,98	0,98
	IVC General		0,96	

Con respecto a esta dimensión, obtuvo un índice de validez elevado, lo cual se considera coherente con el objetivo, con la literatura y es redactado con claridad, según el criterio de los expertos. Teniendo como sugerencia y observaciones que los ítems 25 y 26 se asemejan y pueden crear confusión en la respuesta de los encuestados, debiendo ser reformulada y convertirla en una sola pregunta.

Tabla 7.- Validez de constructo del Inventario Prácticas de Prevención de Cáncer Gástrico.

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,729
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1549,362
	gl	435
	Sig.	0,000

Se evaluó la pertinencia del Análisis Factorial Exploratorio mediante el estadístico de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett, los resultados de ambas pruebas indican que es factible realizar el mencionado análisis dado que las magnitudes de los coeficientes de correlaciones parciales son suficientes (KMO = 0,729) y el modelo factorial es adecuado para explicar los datos de la muestra, indicando que existen relaciones significativas entre las variables (Bartlett = 1549,362; $p = 0,000$).

Tabla 8.- Confiabilidad del Inventario Prácticas de Prevención de Cáncer Gástrico.

	Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	Mantiene un horario regular en las comidas	3,73	0,714	0,365	0,812
2	Consume bebidas envasadas (gaseosas)	3,45	0,724	0,343	0,813
3	Consume grasas como mantequilla, margarina, lácteos, queso, mayonesa, etc.	3,32	0,791	0,341	0,813
4	Consume alimentos procesados como galletas, cereales, mermeladas, conservas, etc.	3,34	0,699	0,297	0,815
5	Consume jugos artificiales (frugos)	3,90	0,748	0,430	0,810
6	Consume embutidos como jamón, mortadela, chorizo, hot dog; etc.	3,73	0,856	0,431	0,809
7	Consume alimentos como cecina, carne seca, tocino, etc.	3,77	0,739	0,276	0,816
8	Come carnes rojas más de cuatro veces a la semana.	3,76	0,864	0,356	0,813

9	Come pollo o pescado más que carnes rojas.	3,91	0,803	0,121	0,822
10	Consume comidas muy condimentadas.	4,12	0,819	0,296	0,815
11	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	3,54	0,818	0,283	0,816
12	Incluye las verduras en su alimentación diaria.	3,74	0,791	0,452	0,809
13	Consume agua hervida.	4,67	0,667	0,366	0,813
14	Consume altas cantidades de sal.	4,35	0,852	0,174	0,820
15	Reutiliza el aceite de freír en la preparación de sus alimentos.	4,73	0,629	0,180	0,819
16	Consume ensaladas de frutas o verduras que no fueron preparadas en casa.	3,84	0,849	0,403	0,811
17	Cuando come fuera de casa, lo hace en lugares limpios y ordenados.	4,43	0,703	0,353	0,813
18	Se lava las manos con abundante agua y jabón antes de tocar los alimentos.	4,53	0,678	0,367	0,813
19	Se lava las manos con abundante agua y jabón después de hacer uso del servicio higiénico.	4,69	0,662	0,383	0,812
20	Lava las frutas y verduras con abundante agua antes de consumirlas.	4,63	0,732	0,438	0,810
21	Los utensilios de cocina que utiliza están limpios.	4,71	0,497	0,474	0,811
22	Las carnes, los lácteos y otros alimentos los conserva en refrigeración.	4,68	0,625	0,316	0,814
23	Las frutas y verduras se encuentran en un ambiente fresco con buena circulación de aire.	4,71	0,557	0,431	0,811
24	El agua que consume lo tiene en recipientes limpios y bien tapados.	4,82	0,638	0,149	0,820
25	Cuando presenta alguna molestia gástrica acude a consulta con el gastroenterólogo para detectar precozmente alguna enfermedad.	3,71	0,800	0,352	0,813
26	Fuma cigarrillo o tabaco.	4,60	0,690	0,378	0,812
27	Está en contacto con personas que fuman.	4,22	0,802	0,457	0,809
28	Consume licor.	3,99	0,812	0,413	0,810
29	Se ha realizado examen de endoscopia digestiva.	2,07	0,908	0,214	0,819
30	Se ha realizado examen de test de aliento.	1,29	0,713	0,112	0,821
ALFA DE CRONBACH = 0,819 n=154					

Se determinó que la confiabilidad del instrumento es elevada con un Alfa de Cronbach de 0,819.

Tabla 9.- Confiabilidad en la Dimensión Alimentación.

	Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1	Mantiene un horario regular en las comidas	3,73	0,714	0,347	0,733
2	Consume bebidas envasadas (gaseosas)	3,45	0,724	0,443	0,725
3	Consume grasas como mantequilla, margarina, lácteos, queso, mayonesa, etc.	3,32	0,791	0,468	0,721
4	Consume alimentos procesados como galletas, cereales, mermeladas, conservas, etc.	3,34	0,699	0,366	0,731
5	Consume jugos artificiales (frugos)	3,9	0,748	0,472	0,722
6	Consume embutidos como jamón, mortadela, chorizo, hot dog; etc.	3,73	0,856	0,484	0,719
7	Consume alimentos como cecina, carne seca, tocino, etc.	3,77	0,739	0,272	0,739
8	Come carnes rojas más de cuatro veces a la semana.	3,76	0,864	0,413	0,726
9	Come pollo o pescado más que carnes rojas.	3,91	0,803	0,099	0,755
10	Consume comidas muy condimentadas.	4,12	0,819	0,324	0,735
11	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	3,54	0,818	0,270	0,740
12	Incluye las verduras en su alimentación diaria.	3,74	0,791	0,400	0,728
13	Consume agua hervida.	4,67	0,667	0,328	0,734
14	Consume altas cantidades de sal.	4,35	0,852	0,189	0,748
15	Reutiliza el aceite de freír en la preparación de sus alimentos.	4,73	0,629	0,232	0,742
16	Consume ensaladas de frutas o verduras que no fueron preparadas en casa.	3,84	0,849	0,334	0,734
17	Cuando come fuera de casa, lo hace en lugares limpios y ordenados.	4,43	0,703	0,181	0,746
ALFA DE CRONBACH = 0,746		n=154			

Se obtuvo un índice de confiabilidad de 0,746; es decir que esta dimensión posee un valor aceptable de confiabilidad, lo que permite mediciones sin errores.

Tabla 10.- Confiabilidad en la Dimensión Higiene Personal y Manipulación de Alimentos.

	Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
18	Se lava las manos con abundante agua y jabón antes de tocar los alimentos.	4,53	0,678	0,644	0,785
19	Se lava las manos con abundante agua y jabón después de hacer uso del servicio higiénico.	4,69	0,662	0,711	0,752
20	Lava las frutas y verduras con abundante agua antes de consumirlas.	4,63	0,732	0,704	0,758
21	Los utensilios de cocina que utiliza están limpios.	4,71	0,497	0,580	0,817
		ALFA DE CRONBACH = 0,826		n=154	

Para esta dimensión el Alfa de Cronbach fue de 0,826; es decir, posee un valor elevado de confiabilidad, lo que permite mediciones sin errores.

Tabla 11.- Confiabilidad en la Dimensión Conservación de Alimentos.

	Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
22	Las carnes, los lácteos y otros alimentos los conserva en refrigeración.	4,68	0,625	0,438	0,500
23	Las frutas y verduras se encuentran en un ambiente fresco con buena circulación de aire.	4,71	0,557	0,596	0,287
24	El agua que consume lo tiene en recipientes limpios y bien tapados.	4,82	0,638	0,278	0,729
		ALFA DE CRONBACH = 0,617		n=154	

Esta dimensión obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,617; es decir, posee un valor Aceptable de confiabilidad, lo que permite mediciones sin errores.

Tabla 12.- Confiabilidad en la Dimensión Autocuidado.

Ítem	Media	Desviación estándar	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
25 Cuando presenta alguna molestia gástrica acude a consulta con el gastroenterólogo para detectar precozmente alguna enfermedad.	3,71	0,800	0,427	0,622
26 Fuma cigarrillo o tabaco.	4,60	0,690	0,503	0,602
27 Está en contacto con personas que fuman.	4,22	0,802	0,506	0,594
28 Consume licor.	3,99	0,812	0,454	0,613
29 Se ha realizado examen de endoscopía digestiva.	2,07	0,908	0,329	0,662
30 Se ha realizado examen de test de aliento.	1,29	0,713	0,223	0,685
ALFA DE CRONBACH = 0,673		n=154		

El Alfa de Cronbach obtenido fue de 0,673; por lo que esta dimensión posee un valor Aceptable de confiabilidad, lo que permite mediciones sin errores.

A continuación se presentan los resultados de los aspectos personales, genéticos y psicosociales:

Con respecto al sexo, se observó que la mayoría (64,3%) de pacientes encuestados fueron de sexo femenino.

En cuanto a la edad, la mayoría de pacientes encuestados tenían edades comprendidas entre 36 a 55 años (46,8%).

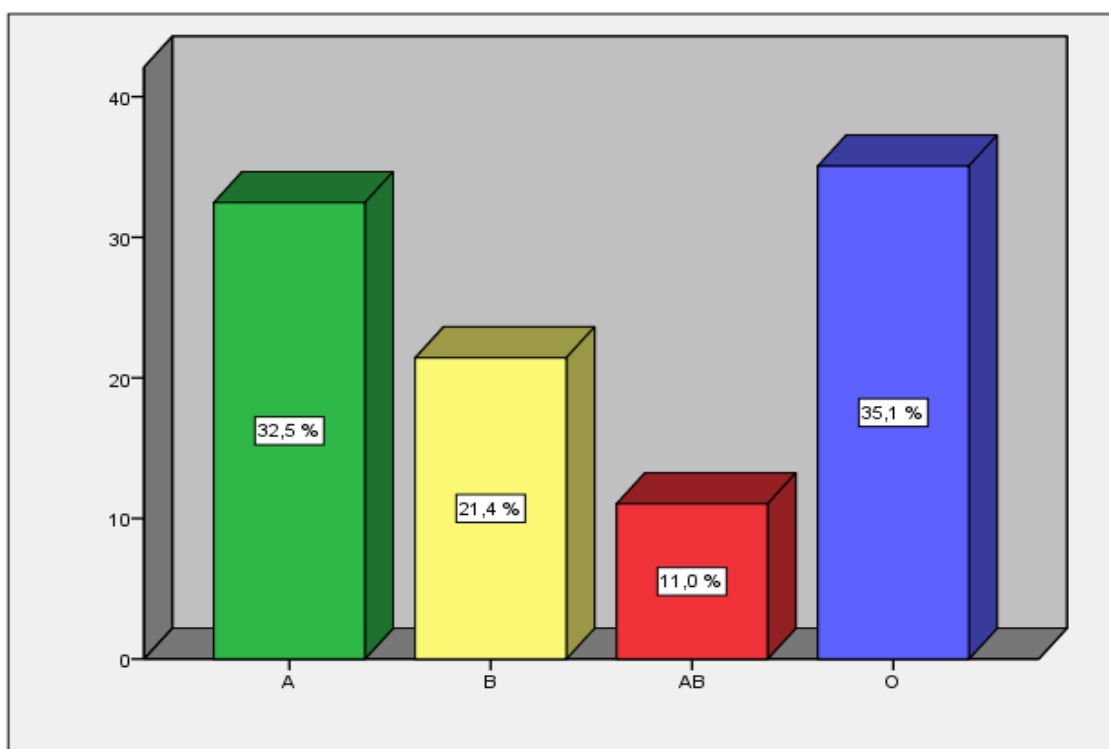


Figura 1.- Grupo sanguíneo de las personas atendidas en el servicio de procedimientos endoscópicos.

Los grupos sanguíneos que más prevalecieron entre los pacientes encuestados fueron el Grupo O y A con un 35,1% y 32,5% respectivamente.

En los antecedentes familiares, sólo el 25,3% de pacientes encuestados refirió haber tenido un familiar con cáncer gástrico.

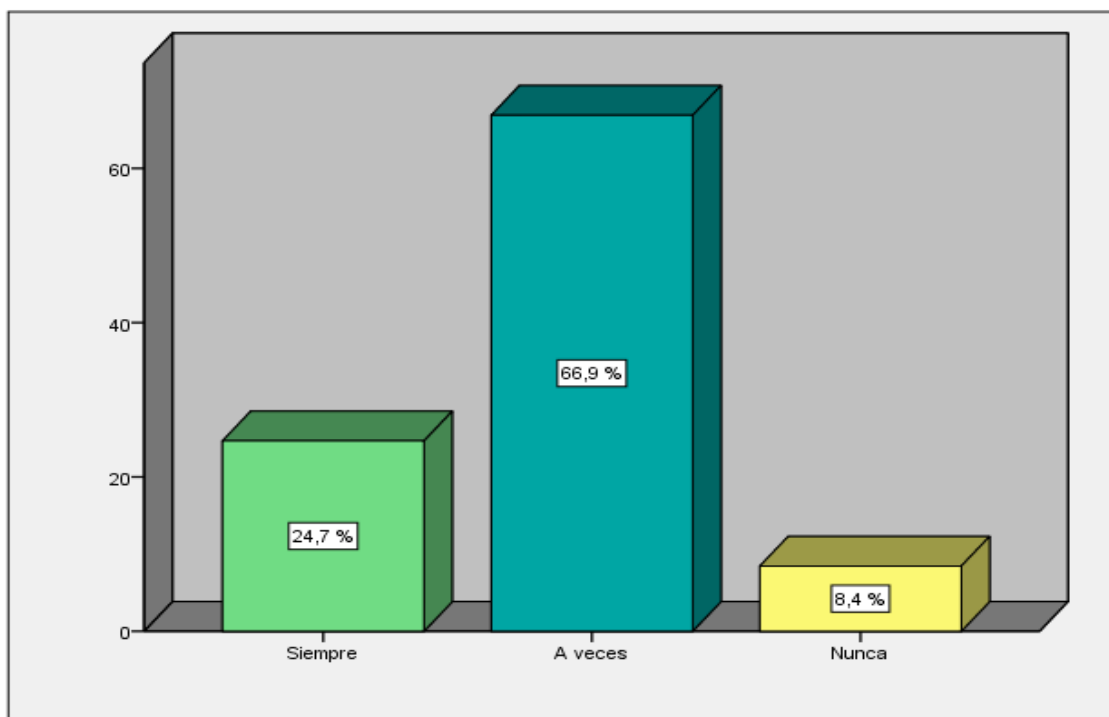


Figura 2.- Frecuencia de estrés en las personas atendidas en el servicio de procedimientos endoscópicos.

Se obtuvo que más de la mitad de los pacientes encuestados (66,9%) refirieron que a veces enfrentan situaciones de estrés y el 24, 7% reportan que siempre están sometidos a situaciones de estrés.

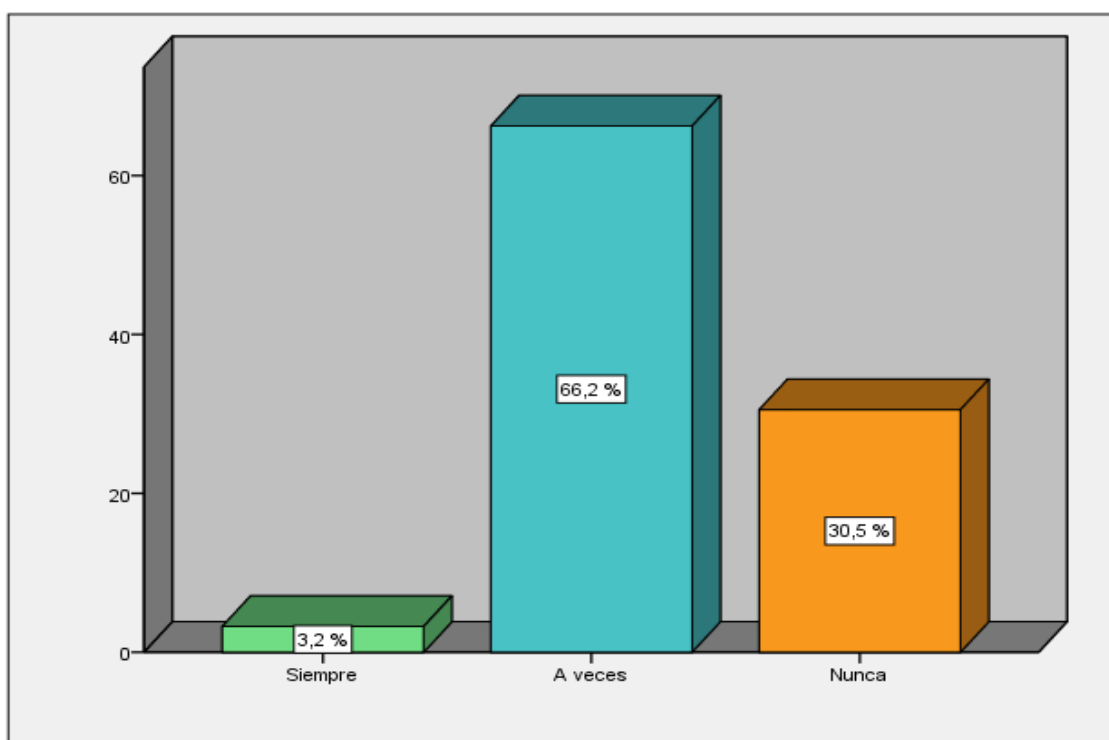


Figura 3.- Frecuencia de depresión en las personas atendidas en el servicio de procedimientos endoscópicos.

Los resultados reportan que más de la mitad de pacientes encuestados (66,2%) se sienten a veces deprimidos y un 3,2% refieren sentirse siempre deprimidos.

3.2. Discusión

El cáncer gástrico es un problema de salud pública a nivel mundial, nacional y local. En nuestro país la mortalidad tiene un perfil ascendente y en el departamento de Lambayeque, la incidencia de cáncer de estómago se ha duplicado en los últimos diez años. En el 2016 ocupó el primer lugar de muerte debido a que no se está diagnosticando de manera oportuna, el 80% de los casos se diagnostica en una fase no curable ⁵.

Es necesario disponer en los escenarios de enfermería con herramientas válidas y confiables que logren objetivizar las realidades que se experimentan diariamente y que requieren ser medidas para una mayor comprensión; pero hasta la fecha no se han encontrado instrumentos que permitan identificar las prácticas de prevención de cáncer gástrico. El contexto donde se desarrolló la presente investigación fue el Servicio de Procedimientos Endoscópicos de un Hospital de la región Lambayeque.

La validez de un instrumento consiste en que mida lo que tiene que medir (autenticidad), en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir ⁹.

Cuando se habla de Validez de Contenido se trata de determinar hasta dónde los ítems de un instrumento son representativos del universo de contenido que se quiere medir ⁹. Para determinar la validez de contenido del inventario prácticas de prevención de cáncer gástrico, se empleó el Juicio de Expertos, es así que el instrumento se sometió al juicio de 6 expertos con especialidad en Gastroenterología (4 médicos y 2 enfermeras), por lo que en la tabla 1 se puede apreciar que se obtuvo un índice de validez de contenido del instrumento de 0,99 lo cual indicó una validez elevada ya que el panel de expertos consideró que los ítems miden lo que proponen medir.

La primera versión del instrumento constó de 31 ítems y estuvo dividido en las siguientes dimensiones: Alimentación, Higiene Personal, Higiene y Manipulación de Alimentos, Conservación de Alimentos y Autocuidado. Al ser sometido al Juicio de Expertos se dieron algunas sugerencias y observaciones tales como unir las dimensiones Higiene Personal e Higiene y Manipulación de alimentos, quedando la dimensión Higiene Personal y Manipulación de Alimentos compuesta por los ítems 18, 19, 20 y 21 (tabla 3 y 4), así también, en la dimensión Autocuidado (tabla 6), dado que los ítems 25 y 26 se

asemejan y pueden crear confusión en la respuesta de los encuestados, los expertos sugirieron que sean reformulados para convertirlos en una sola pregunta. Otro alcance dado por el jurado fue considerar los aspectos personales, genéticos y psicosociales.

Se realizó nuevamente una revisión y ajuste a las observaciones dadas, teniendo finalmente que el instrumento aplicado en esta investigación estuvo compuesto por 30 ítems divididos en 4 dimensiones: Alimentación, Higiene Personal y Manipulación de Alimentos, Conservación de Alimentos y Autocuidado. La dimensión Aspectos Personales, Genéticos y Psicosociales estuvo compuesta por 6 preguntas.

Con respecto a la Validez de Constructo se refiere a qué tan bien un instrumento representa y mide un concepto teórico⁹. Para poder aplicar esta técnica es necesario que exista una correlación entre las variables del instrumento. Para ello, se utilizaron dos medidas que permitieron determinar la viabilidad de esta técnica: la prueba de adecuación muestral de Kaiser – Meyer – Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Según Carvajal y otros²⁸, el KMO indica el grado de intercorrelación de las variables, si es mayor a 0,7 se considera factible, y en cuanto más cerca de 1, mejor será la adecuación muestral. La prueba de esfericidad de Bartlett, indica que existe correlación entre las variables con lo que el análisis factorial tendría sentido. Para que sea factible el realizar el análisis factorial se considera adecuado con un nivel de significación menor de 0,05.

De acuerdo a lo anterior, en la tabla 7 se pudo observar que se obtuvo un KMO de 0,729 y una prueba de esfericidad de Bartlett 0,00; indicando que es factible realizar el mencionado análisis dado que las magnitudes de los coeficientes de correlaciones parciales son suficientes.

Por otro lado, la Confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales ⁹.

En esta investigación se determinó la confiabilidad del instrumento mediante la consistencia interna, una de las características de este tipo de medición, donde se calculó el Alfa de Cronbach, según nos muestra la tabla 8 arrojó una calificación de 0,819 es decir que el instrumento posee un valor elevado de confiabilidad, lo que permite mediciones sin errores.

Con respecto a cada una de sus dimensiones, se observó que para la dimensión Higiene personal y manipulación de alimentos, se obtuvo una confiabilidad elevada de 0,826 (tabla 10) mientras que las dimensiones Alimentación, Conservación de alimentos y Autocuidado, se obtuvo una confiabilidad aceptable de 0,746; 0,617; 0,673; respectivamente (tabla 9, 11 y 12).

Además se observó de forma general que el ítem 30: Se ha realizado examen de test de aliento; fue el menos valorado con 1,29 puntos en promedio, esto puede deberse a que muchas de las personas encuestadas no tienen conocimiento de la existencia de esta prueba no invasiva que permite la detección de la bacteria *Helicobacter Pylori* mediante la toma de un líquido que contiene úrea ²¹ y también a que en la Red de EsSalud Lambayeque sólo se realiza esta prueba en el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo; de lo contrario podrían hacérsela de forma particular. El ítem 24: El agua que consume lo tiene en recipientes limpios y bien tapados; fue el más valorado, con 4,82 puntos en promedio (tabla 8) lo cual es una práctica de prevención importante ya que reduce la presencia de la bacteria *Helicobacter Pylori*.

Si analizamos cada dimensión, la tabla 9 muestra que en la dimensión Alimentación el ítem 3: Consume grasas como mantequilla, margarina, lácteos, queso, mayonesa, etc.;

fue al menos valorado (3,32 puntos en promedio) y el ítem 15: Reutiliza el aceite de freír en la preparación de sus alimentos.; fue el más valorado (4,73 puntos en promedio). En la dimensión Higiene y Manipulación de Alimentos (tabla 10) el ítem 18: Se lava las manos con abundante agua y jabón antes de tocar los alimentos; fue el menos valorado (4,53 puntos en promedio) y el ítem 21: Los utensilios de cocina que utiliza están limpios; fue el más valorado (4,71 puntos en promedio). En cuanto a la dimensión Conservación de Alimentos (tabla 11) se observó que el ítem 23: Las frutas y verduras se encuentran en un ambiente fresco con buena circulación de aire; fue al menos valorado (4,71 puntos en promedio) y el ítem 24: El agua que consume lo tiene en recipientes limpios y bien tapados; fue el más valorado, (4,82 puntos en promedio). Y con respecto al Autocuidado (tabla 12) el ítem 30: Se ha realizado examen de test de aliento fue el menos valorado (1,29 puntos en promedio) y el ítem 26: Fuma cigarrillo o tabaco; fue el más valorado, (4,60 puntos en promedio).

En cuanto a la dimensión Aspectos personales, genéticos y psicosociales se tiene que de los 154 pacientes encuestados, 99 (64,3%) fueron mujeres, por lo que resulta importante concientizar a los varones a realizarse su examen endoscópico ya que el cáncer gástrico es dos veces más frecuentes en hombres que en mujeres ¹⁵. Las edades de los pacientes encuestados se encontraron en su mayoría entre los 36 a 55 años con un 46, 8% (72 personas) siendo importante ya que la incidencia de este tipo de cáncer se incrementa con la edad, dándose la incidencia pico entre los 60 a 80 años de edad y los casos en menores de 30 años son raros ¹⁵. En relación al grupo sanguíneo, se obtuvo que 50 pacientes (32,5%) tenía grupo sanguíneo A (figura 1) siendo relevante considerarlo ya que este grupo sanguíneo aumenta significativamente el riesgo de padecer cáncer gástrico. Las personas con este grupo sanguíneo son escasas, pero el riesgo de cáncer de estómago en el transcurso de la vida de las personas con este grupo sanguíneo es de

aproximadamente 70% al 80%¹⁵. Del total de personas encuestadas el 25,3% refirieron tener antecedentes de algún familiar con cáncer gástrico, lo cual es importante destacar ya que las personas que tienen un padre o madre, hijo/a, o hermano/a con cáncer de estómago corren más riesgo de padecer este tipo de enfermedad¹⁵.

Por otro lado, de los 154 pacientes encuestados, 103 (66,9%) enfrenta a veces situaciones de estrés y el 24,7% reportan que siempre están sometidos a estrés (figura 2) siendo esto preocupante ya que cuando la persona está sometida a estrés, las células que se encargan de combatir a las células cancerígenas disminuyen por el aumento de las hormonas corticoides (adrenalina y cortisol) y cuando el estrés se prolonga por largo tiempo el riesgo aumenta, ya que las células NK se ven reducidas y no pueden identificar a las células cancerígenas²⁹. En relación a la depresión, del total de pacientes encuestados, 102 (66,2%) refieren sentirse a veces deprimido (figura 3), lo cual es alarmante ya que una mala salud mental puede incrementar la probabilidad de desarrollar determinados tipos de cáncer, como, por ejemplo, de colon, esófago, páncreas y próstata, así como leucemia³⁰.

Cabe mencionar que algunos estudios han indicado una relación entre varios factores psicológicos y un mayor riesgo de cáncer; sin embargo, no es así con otros estudios. Las relaciones aparentes entre el estrés, ansiedad, depresión y el cáncer podrían manifestarse de diversas maneras. Por ejemplo, la gente con estrés o problemas emocionales puede adoptar ciertos hábitos, como fumar, comer en exceso o beber alcohol, lo cual aumenta el riesgo de la persona de padecer cáncer³¹.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

4.1. Conclusiones

1. El inventario Prácticas de prevención de cáncer gástrico obtuvo un índice de validez de contenido de 0,99 lo cual indica una validez elevada. Con respecto a la validez de constructo obtuvo un KMO de 0,729 y una prueba de esfericidad de Bartlett 0,00; indicando que es factible realizar el mencionado análisis dado que las magnitudes de los coeficientes de correlaciones parciales son suficientes.
2. En la validez de contenido de tres dimensiones se obtuvo un valor de 1, sólo la dimensión Autocuidado obtuvo un valor de 0,96.
3. El inventario Prácticas de prevención de cáncer gástrico, posee un valor elevado de confiabilidad ya que el Alfa de Cronbach arrojó una calificación de 0,819 permitiendo mediciones sin errores.
4. La dimensión “Higiene personal y manipulación de alimentos”, tiene una confiabilidad elevada (0,826); mientras que las dimensiones “Alimentación”, “Conservación de alimentos” y “Autocuidado”, tienen una confiabilidad aceptable (0,746; 0,617; 0,673; respectivamente).
5. El inventario Prácticas de prevención de cáncer gástrico, contiene cuatro dimensiones: Alimentación, Higiene personal y manipulación de alimentos, Conservación de alimentos y Autocuidado que permiten identificar prácticas que tienen las personas en su quehacer diario para poder prevenir el cáncer gástrico.

CAPÍTULO V

RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

5.1. Recomendaciones:

1. A la enfermera responsable del Servicio de Procedimientos Endoscópicos crear espacios para socializar con el profesional de enfermería a su cargo sobre los resultados obtenidos en este estudio.
2. Al médico coordinador del Servicio de Gastroenterología para que en coordinación con los demás profesionales de dicho servicio se realicen programas educativos para los pacientes sobre las prácticas de prevención de cáncer gástrico.
3. A la oficina de Capacitación e Investigación de los diferentes Hospitales de la Región Lambayeque aplicar el instrumento en el Servicio de Procedimientos Endoscópicos, de modo que le permita evaluar las prácticas de prevención de cáncer gástrico que tienen dichos pacientes.
4. Se sugiere realizar otras investigaciones que permitan medir con escala ordinal las prácticas de prevención de cáncer gástrico y aplicar otros instrumentos para determinar el nivel de estrés y la depresión como variables que desencadenan este tipo de cáncer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos Muñoz y Venegas Ojeda D. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013. Lima Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología, 2013. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
2. Organización Mundial de Salud. Centro de Prensa. Cáncer; 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
3. Organización Panamericana de Salud. Centro de Prensa. Cáncer; 2017 Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12910%3Aworld-cancer-day-2017&catid=9245%3Aworld-cancerdays&Itemid=41707&lang=es
4. Csendes A, Figueroa M. Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile. Revista Chilena; 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.10.014>
5. MINSA. Centro de Prevención y Control Nacional del Cáncer del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. tasas de incidencia.; 2017. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-deestomago/acerca/estadisticas-clave.html>
6. MINSA. Centro de Prevención y Control Nacional del Cáncer del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Factores de riesgo modificables asociados al Cáncer Gástrico; 2017. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/091115_FACTORES%20DE%20RIESGO%20MODIFICABLES%20ASOCIADOS%20AL%20CANCER%20GASTRICO.pdf

7. Gestión.; 2017. Disponible en: gestión.pe/tendencias/cancer-Peru-85-casos de detección.
8. Ary, Jacobs y Razavieh (1982): Introducción a la investigación Pedagógica. 2a. ed., McGraw Hill Interamericana. México.
9. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C. y Baptista L. Metodología de la Investigación. 5ta ed. México: McGraw- Hill; 2010.
10. Gonzáles Hernández Oscar. Validez y confiabilidad del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry 3ª versión. Colombia; 2014.
11. Polidoro, Ceretta et al. Validez y confiabilidad de un instrumento de clasificación de pacientes pediátricos. Brasil; 2014.
12. Palacios Ángeles Rossina. Validez y confiabilidad de un registro de valoración neurológica para pacientes hospitalizados no críticos en una institución de salud. Lima; 2017.
13. Baca Rodríguez Deyvi. Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. Perú; 2015.
14. Corral Yadira. Ensayo sobre validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. Venezuela; 2008.
15. Verdalet M. Factores Asociados al Desarrollo de Cáncer Gástrico en Pacientes del CECan. 2010.
16. Revista de gastroenterología México. Historia clínica de enfermedad precursoras.

17. Revista colombiano. Alimento con alto contenidos de nitratos. Disponible en:
<http://aeeh.es/wp-content/uploads/2011/12/v10n4a691pdf001.pdf>
18. MINSA. Dirección General de Promoción de la Salud. Factor de riesgo socio ambiental Alimentación saludable. Lima; 2014.
19. MINSA. Dirección General de Promoción de la Salud. Higiene. Manipulación y conservación de los alimentos: Lima; 2015.
20. Liliana Muñoz Ortega. Hábitos nocivos consumo de tabaco; 2015.
21. American Cancer Society. 2018. Disponible en www.cancer.org.
22. William Otero Regino, Alba Alicia. Factor de riesgo biológico: Infección por Helicobacter Pylori. Helicobacter Pylori: gastroenterología. Colombia; 2017.
23. Artículo Académico Prevención del cáncer gástrico. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Begona_Bellas/publication/268371625_Preencion_del_cancer/links/54ca99c20cf2517b755eb321/Prevencion-del-cancer.pdf
24. Revista cubana oncológica. Factor genético en la prevención del cáncer gástrico Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_3_98/onc06398.htm?i=frame=true&width=80%&height=80%
25. Revista cielo. Prevención secundaria de cáncer gástrico. Disponible en:
http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003636341997000400001&script=sci_arttext

26. Gastroendoscopia con Biopsia. Detección temprana y otras medidas de prevención. Endoscopia y búsqueda de la Infección por Helicobacter Pylori Disponible en: [hpt://www.fisterra.com/Salud/3proceDT/endoscopia.asp](http://www.fisterra.com/Salud/3proceDT/endoscopia.asp)
27. Palella y Martins. Metodología de la Investigación cuantitativa. 3era ed. Caracas: Fedupel; 2003.
28. Carvajal A; Centeno C; Watson R; et al ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? España; 2011. Disponible en: <scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n1/revision1.pdf>
29. Sánchez M, González RM, Padrón Y, Macías C. Estrés y sistema inmune. Rev. Cubana Hematol Inmunol Hemoter; 2007.
30. Batty David. Trastorno psicológico en relación con la mortalidad por cáncer: combinación de datos no publicados de 16 estudios prospectivos de cohorte. Reino Unido; 2016. Disponible en: <https://www.adamedtv.com/salud-mental/la-ansiedad-y-la-depresion-relacionadas-con-el-cancer/>
31. Artherholt S, Fann J. Atención psicosocial en cáncer. España 2012. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/hoja-informativa-estres>

ANEXOS

ANEXO 01



**UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POSTGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD**



INVENTARIO: PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO

INSTRUCCIONES: Estimado(a) usuario(a) de salud: el presente inventario forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre las prácticas relacionadas con la prevención de cáncer gástrico; por lo cual a continuación se le proporcionan una serie de enunciados respecto a las prácticas que usted realiza en su quehacer diario. Se le solicita responder con la mayor sinceridad del caso. Para tal efecto sírvase marcar con un aspa (x) la respuesta que usted considere pertinente. La información proporcionada será manejada con carácter confidencial.

I. DIMENSIONES: ALIMENTACIÓN, HIGIENE PERSONAL Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS, CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS Y AUTOCUIDADO

LEYENDA:

N= Nunca **R=** Raras veces **A=** A veces **F=** Frecuentemente **S=** Siempre

Nº	ITEMS	CRITERIOS				
		N	R	A	F	S
	ALIMENTACIÓN					
1.	Mantiene un horario regular en las comidas.					
2.	Consume bebidas envasadas (gaseosas).					
3.	Consume grasas como mantequilla, margarina, lácteos, queso, mayonesa, etc.					
4.	Consume alimentos procesados como galletas, cereales, mermeladas, conservas, etc.					
5.	Consume jugos artificiales (frugos).					
6.	Consume embutidos como jamón, mortadela, chorizo, hot dog, etc.					
7.	Consume alimentos como cecina, carne seca, tocino, etc.					
8.	Come carnes rojas más de cuatro veces a la semana.					
9.	Come pollo o pescado más que carnes rojas.					
10.	Consume comidas muy condimentadas.					
11.	Incluye entre comidas el consumo de frutas.					
12.	Incluye las verduras en su alimentación diaria.					
13.	Consume agua hervida.					
14.	Consume altas cantidades de sal.					
15.	Reutiliza el aceite de freír en la preparación de sus alimentos.					

		N	R	A	F	S
16.	Consume ensaladas de frutas o verduras que no fueron preparadas en casa.					
17.	Cuando come fuera de casa, lo hace en lugares limpios y ordenados.					
	HIGIENE PERSONAL Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS					
18.	Se lava las manos con abundante agua y jabón antes de tocar los alimentos.					
19.	Se lava las manos con abundante agua y jabón después de hacer uso del servicio higiénico.					
20.	Lava las frutas y verduras con abundante agua antes de consumirlas.					
21.	Los utensilios de cocina que utiliza están limpios.					
	CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS					
22.	Las carnes, los lácteos y otros alimentos los conserva en refrigeración.					
23.	Las frutas y verduras se encuentran en un ambiente fresco con buena circulación de aire.					
24.	El agua que consume lo tiene en recipientes limpios y bien tapados.					
	AUTOCUIDADO					
25.	Cuando presenta alguna molestia gástrica acude a consulta con el gastroenterólogo para detectar precozmente alguna enfermedad.					
26.	Fuma cigarrillo o tabaco.					
27.	Está en contacto con personas que fuman.					
28.	Consume licor.					
29.	Se ha realizado examen de endoscopía digestiva.					
30.	Se ha realizado examen de test de aliento.					

II. DIMENSIÓN: ASPECTOS PERSONALES, GENÉTICOS Y PSICOSOCIALES

- Sexo: Masculino _____ Femenino _____
- Edad: 18 a 35 años _____ 36 a 55 años _____ 56 a 75 años _____
- Su Grupo Sanguíneo es: A _____ B _____ AB _____ O _____
- ¿Tiene o ha tenido algún familiar con cáncer gástrico? Sí _____ No _____
- ¿Con qué frecuencia enfrenta situaciones de estrés?
Siempre _____ A veces _____ Nunca _____
- ¿Con qué frecuencia se siente deprimido?
Siempre _____ A veces _____ Nunca _____

Gracias por su colaboración.

ANEXO 02



UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO” FACULTAD DE ENFERMERÍA SECCIÓN DE POSTGRADO SEGUNDA ESPECIALIDAD



INSTRUMENTO PARA LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN: Estimado(a) Sr(a), recurrimos a usted en calidad de experto para que evalúe el inventario “Prácticas de prevención de cáncer gástrico”, le adjuntamos la operacionalización de la variable y la matriz de coherencia metodológica de la investigación (Apéndice 4) para que realice el análisis correspondiente.

Colocar en las columnas correspondientes “sí” cuando considere que el ítem es coherente con el objetivo, con la literatura y es redactado con claridad. De lo contrario colocar “No”. Se le solicita también que realice las observaciones que crea necesarias para mejorar este instrumento

Le agradecemos su colaboración.

Nº	ITEMS	CRITERIOS			
		Coherente con el objetivo	Claro	Coherente con la literatura	Observaciones
	ALIMENTACIÓN				
1.	Mantiene un horario regular en las comidas.				
2.	Consume bebidas envasadas (gaseosas).				
3.	Consume grasas como mantequilla, margarina, lácteos, queso, mayonesa, etc.				
4.	Consume alimentos procesados como galletas, cereales, mermeladas, conservas, etc.				
5.	Consume jugos artificiales (frugos).				
6.	Consume embutidos como jamón, mortadela, chorizo, hot dog, etc.				
7.	Consume alimentos como cecina, carne seca, tocino, etc.				
8.	Come carnes rojas más de cuatro veces a la semana.				
9.	Come pollo o pescado más que carnes rojas.				
10.	Consume comidas muy condimentadas.				
11.	Incluye entre comidas el consumo de frutas.				
12.	Incluye las verduras en su alimentación diaria.				
13.	Consume agua hervida.				
14.	Consume altas cantidades de sal.				
15.	Reutiliza el aceite de freír en la preparación de sus alimentos.				

		Coherente con el objetivo	Claro	Coherente con la literatura	Observaciones
16.	Consume ensaladas de frutas o verduras que no fueron preparadas en casa.				
17.	Cuando come fuera de casa, lo hace en lugares limpios y ordenados.				
	HIGIENE PERSONAL Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS				
18.	Se lava las manos con abundante agua y jabón antes de tocar los alimentos.				
19.	Se lava las manos con abundante agua y jabón después de hacer uso del servicio higiénico.				
20.	Lava las frutas y verduras con abundante agua antes de consumirlas.				
21.	Los utensilios de cocina que utiliza están limpios.				
	CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS				
22.	Las carnes, los lácteos y otros alimentos los conserva en refrigeración.				
23.	Las frutas y verduras se encuentran en un ambiente fresco con buena circulación de aire.				
24.	El agua que consume lo tiene en recipientes limpios y bien tapados.				
	AUTOCUIDADO				
25.	Cuando presenta alguna molestia gástrica acude a consulta con el gastroenterólogo para detectar precozmente alguna enfermedad.				
26.	Fuma cigarrillo o tabaco.				
27.	Está en contacto con personas que fuman.				
28.	Consume licor.				
29.	Se ha realizado examen de endoscopia digestiva.				
30.	Se ha realizado examen de test de aliento.				

Fecha:

Firma: _____

Colegio Profesional:

ANEXO 03



**UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POSTGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**“VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO PARA
IDENTIFICAR PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO”**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por una Licenciada de Enfermería, estudiante de la II Especialidad en Enfermería en Gastroenterología y Procedimientos Endoscópicos de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo con el objetivo de: Determinar la validez y confiabilidad del instrumento de prácticas de prevención de cáncer gástrico, Hospital Naylamp - Chiclayo 2018. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá llenar un inventario, el cual le tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al inventario serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya agradezco su participación.

Nombre (letra de imprenta)

Firma

DNI:

ANEXO 04

MATRIZ DE COHERENCIA

Título de la investigación: Validez y Confiabilidad de un instrumento para identificar prácticas de prevención de cáncer gástrico	
Problema de Investigación: ¿Cuál es la validez y confiabilidad del instrumento de prácticas de prevención de cáncer gástrico, Hospital Naylamp - Chiclayo 2018?	
Objetivo General: Determinar la validez y confiabilidad del instrumento de prácticas de prevención de cáncer gástrico, Hospital Naylamp - Chiclayo 2018	Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none">- Elaborar el instrumento de prácticas de prevención de cáncer gástrico.- Identificar la validez del instrumento de prácticas de prevención de cáncer gástrico.- Identificar la confiabilidad del instrumento de prácticas de prevención de cáncer gástrico.
Variable: Prácticas de prevención de cáncer gástrico.	Dimensión de la variable: <ul style="list-style-type: none">- Alimentación- Higiene personal y manipulación de alimentos- Conservación de alimentos- Autocuidado- Aspectos personales, genéticos y psicosociales
Técnica de recolección de datos: Encuesta	Instrumento de recolección de datos: Inventario

ANEXO 05

Tabla 19

Resumen de la Prueba de Confiabilidad según Dimensiones del

Inventario Prácticas de Prevención de Cáncer Gástrico

<i>Dimensión</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Alimentación	0,746
Higiene personal y manipulación de alimentos	0,826
Conservación de alimentos	0,617
Autocuidado	0,673
Inventario: Prácticas de prevención de cáncer gástrico	0,819