

DEMANDA DE CUIDADO TERAPÉUTICO SEGUN LOS REQUISITOS  
UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON CANCER GASTRICO,  
EN EL HUSJ DE POPAYÁN, FEBRERO A ABRIL DE 2013

VIVIANA ANDREA ALBAN MUÑOZ  
JHENIFER GIRALDO MUÑOZ  
NESTOR FREDY LEAL CARDENAS  
ANA MARIA MUÑOZ MUÑOZ  
ANDRES FELIPE NAVIA MONTERO

UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
POPAYÁN, CAUCA

2013

DEMANDA DE CUIDADO TERAPÉUTICO SEGUN LOS REQUISITOS  
UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON CANCER GASTRICO,  
EN EL HUSJ DE POPAYÁN, FEBRERO A ABRIL DE 2013

VIVIANA ANDREA ALBAN MUÑOZ

JHENIFER GIRALDO MUÑOZ

NESTOR FREDY LEAL CARDENAS

ANA MARIA MUÑOZ MUÑOZ

ANDRES FELIPE NAVIA MONTERO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Enf. Mag. Esp. ENID ESPERANZA GARZON MANQUILLO

INVESTIGADOR PRINCIPAL

UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
POPAYÁN, CAUCA

2013

#### AGRADECIMIENTOS:

Gracias a Dios por habernos acompañado en cada uno de los pasos para la culminación de este proyecto; a nuestra familia, que día a día nos apoyó en los buenos y malos momentos; a la Enfermera Enid Esperanza Garzón Manquillo por fortalecer nuestros conocimientos, por su confianza y disposición, a nuestros profesores, compañeros y al Hospital Universitario San José por apoyar nuestro proceso investigativo.

## CONTENIDO

0.	INTRODUCCIÓN.....	12
1.	OBJETIVOS. ....	15
1.1.	OBJETIVO GENERAL.....	15
1.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
2.	MARCO REFERENCIAL. ....	16
2.1.	MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL .....	16
2.1.1.	Déficit de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico .....	16
2.1.2.	Teoría General del Autocuidado .....	17
2.1.3.	Cáncer gástrico.....	21
3.	METODOLOGÍA.....	22
3.1.	TIPO DE ESTUDIO .....	22
3.2.	POBLACIÓN REFERENCIA Y GRUPO DE ESTUDIO .....	22
3.3.	MUESTRA.....	22
3.3.1.	Criterios de inclusión.....	22
3.3.2.	Criterios de exclusión.....	23
3.4.	FUENTE E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN .....	23
3.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	23
3.5.1.	Variable dependiente .....	23
3.5.2.	Variable Independiente .....	24
3.6.	CONTROL DE SESGOS.....	24
3.7.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	24
3.8.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	25
4.	RESULTADOS.....	26
4.1.	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA .....	27

4.2. CARACTERIZACION DE LA DEMANDA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO DEL H.U.S.J.....	36
4.3. RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y LA ALTERACIÓN DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO.....	41
5. DISCUSIÓN .....	54
6. CONCLUSIONES.....	57
7. RECOMENDACIONES .....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	59

## LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución porcentual según procedencia de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013. ....	27
Gráfica 2. Distribución porcentual según edad de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013. ....	28
Gráfica 3. Distribución porcentual según el género de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013. ....	28
Gráfica 4. Distribución porcentual según la ocupación de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013 .....	29
Gráfica 5. Distribución porcentual según el nivel educativo de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013. ....	29
Gráfica 6. Distribución porcentual según los ingresos familiares de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	30
Gráfica 7. Distribución porcentual según el hábito de fumar de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013 .....	31
Gráfica 8. Distribución porcentual según el hábito de consumo de alcohol de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013 ....	31
Gráfica 9. Distribución porcentual según la frecuencia de aseo bucal de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013 ....	32
Gráfica 10. Distribución porcentual según el patrón de comidas de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	32
Gráfica 11. Distribución porcentual según la respuesta al estrés y conflictos de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013	33
Gráfica 12. Incidencia de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ según las condiciones de la vivienda. ....	34
Gráfica 13. Incidencia de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ según las condiciones del barrio. ....	35
Gráfica 14. Distribución porcentual según mantenimiento de un aporte de aire suficiente en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	36
Gráfica 15. Distribución porcentual según mantenimiento de un aporte de agua suficiente en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	36
Gráfica 16. Distribución porcentual según mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	37
Gráfica 17. Distribución porcentual según provisión de cuidados con los procesos de eliminación en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	38

Gráfica 18. Distribución porcentual según mantenimiento entre el equilibrio entre actividad y reposo en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	38
Gráfica 19. Distribución porcentual según el equilibrio entre la soledad y la interacción en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	39
Gráfica 20. Distribución porcentual según prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	39
Gráfica 21. Distribución porcentual según promoción del funcionamiento y el desarrollo humano en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	40
Gráfica 22. Distribución porcentual según la relación de procedencia y requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	41
Gráfica 23. Distribución porcentual según la relación de intervalos de edades y requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	42
Gráfica 24. Distribución porcentual según la relación de género y requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	43
Gráfica 25. Distribución porcentual según el estado civil y requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	44
Gráfica 26. Distribución porcentual según la ocupación y requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	45
Gráfica 27. Distribución porcentual según el nivel educativo y requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	46
Gráfica 28. Distribución porcentual según los ingresos familiares y los requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	47
Gráfica 29. Distribución porcentual según el hábito de fumar y los requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	48
Gráfica 30. Distribución porcentual según el consumo de alcohol y los requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	49
Gráfica 31. Distribución porcentual según el patrón de comidas y los requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	50
Gráfica 32. Distribución porcentual según la respuesta al estrés y conflictos y los requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.....	51

Gráfica 33. Incidencia de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ según las condiciones de la vivienda y los requisitos universales alterados..... 52

Gráfica 34. Incidencia de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ según las condiciones del barrio y los requisitos universales alterados..... 53



## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO.</b> .....	62
<b>ANEXO B. ENTREVISTA ESTRUCTURADA.</b> .....	65

## RESUMEN

Actualmente los profesionales de enfermería se ven enfrentados a la atención de personas con diferentes enfermedades crónicas como el cáncer gástrico, patología prevalente que afecta el bienestar humano; por consiguiente se requiere seguir guías teóricas de enfermería que permitan sustentar la praxis; como la teoría general de autocuidado propuesta por Dorothea Orem, donde subraya que las personas pueden beneficiarse del cuidado profesional de Enfermería, debido a que son sujetos con limitaciones, que les impiden ejercer el cuidado de sí mismo, por tanto la presente investigación pretendió, Caracterizar la demanda de autocuidado terapéutico a través de los requisitos de autocuidado universal en pacientes con cáncer gástrico en el HUSJ de Popayán.

Para cumplir con el objetivo propuesto anteriormente se realizó un estudio descriptivo transversal, prospectivo de tipo cuantitativo, a través del cual se buscó caracterizar socio demográficamente a la población y la demanda de autocuidado, presente en los 18 pacientes con Cáncer Gástrico entrevistados.

A partir de la información recolectada se identificó que factores como la edad entre los 44-80 años, el género masculino, la procedencia rural y tener un patrón de comidas desordenados conllevan a presentar alteración de los requisitos de autocuidado universal que afectan directamente la demanda de autocuidado. En conclusión: la población estudiada tuvo alteraciones en la totalidad de los requisitos de autocuidado universal, cabe resaltar que el mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente fue el requisito alterado en la totalidad de la población, evidenciado que el papel de los enfermeros en la demanda de autocuidado es indispensable.

## ABSTRACT

Currently, nurses have to deal with the care of people that suffer different chronic diseases such as gastric cancer, a prevalent pathology that affects human welfare; therefore, it is required to follow nursery theoretical guides that allow to sustain the praxis. As the general theory of self-care proposed by Dorothea Orem which emphasizes that people can benefit from professional nursing care, because they are subjects with limitations which impede them from the self-care exercising; therefore, with this investigation was pretended to characterize the therapeutic self-care demand through universal self-care requirements in patients with gastric cancer in HUSJ Popayan.

To accomplish with the previous proposed object, a descriptive prospective quantitative cross-sectional study was made, through which it was pursued to characterize socio-demographically to the population and demand for self-care, present in 18 patients with gastric cancer.

From the information gathered, it were identified some factors such as the age between 44-80, male gender, rural origin, and patterns of alimentary disorders which lead to alteration of the present universal self-care requirements that directly affect the demand for self-care. In conclusion, the studied population showed alterations in all the universal self-care requirements; it is pertinent to note that the maintenance of a sufficient supply of food requirements was an altered requisite in the entire population showing that the role of nurses in the demand for self-care is essential.

## 0. INTRODUCCIÓN.

La Enfermería considerada como una ciencia joven, como un arte y como una disciplina, consolida el cuidado como su cuerpo de conocimiento, en este proceso deviene una serie de referentes conceptuales basados en paradigmas, filosofía, modelos y teorías de la enfermería. Con ello aparecen, Enfermeras académicas consideradas como Teoristas de la Enfermería que soportan la conceptualización actual de la ciencia de la Enfermería.

El proyecto investigativo, se fundamenta en las bases conceptuales de la Teorista de Enfermería Dorothea Orem, quien describió la denominada Teoría General del Autocuidado, la cual consta de tres sub teorías que se relacionan entre sí, y son: Teoría del autocuidado, Teoría del déficit de autocuidado y Teoría de los sistemas de enfermería<sup>1</sup>.

Los Enfermeros y Enfermeras, deben estar en disposición de atender a toda Demanda de Autocuidado terapéutico, definida por Dorothea Orem como las actividades que el profesional de Enfermería realiza o debería realizar para alcanzar los requisitos de Autocuidado, en relación a sus condiciones y circunstancias.

Estas circunstancias enfrentan a los profesionales a una serie de problemas ambientales, sociales, culturales del individuo y de las comunidades que afectan de manera importante la situación de salud de los mismos; como es el caso de las enfermedades crónicas, un ejemplo de estas es el cáncer, que afecta el bienestar humano, de la persona y sus familias, de manera progresiva con alteración de su funcionamiento y produciendo un deterioro en las capacidades productivas, afectivas y sociales en la persona que las padece.

La Teoría plantea el cuidado y autocuidado como elementos fundamentales para el desarrollo humano, Orem define el autocuidado como “la práctica de actividades

---

<sup>1</sup>PEREDA ACOSTA, Margarita. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. México. ensayo 2011.vol 10.163- 167 pág. Internet: (<http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>).

que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar”<sup>2</sup> Es decir el autocuidado es un acto intencionado con un propósito determinado, mantener la integridad estructural, funcionamiento y desarrollo. Para ello plantea los requisitos de autocuidado, entendidos como el conjunto de acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación y el funcionamiento humano.

El cáncer gástrico/estómago, es una enfermedad que consiste en un tipo de crecimiento tisular maligno producido por la proliferación contigua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos, en particular el esófago e intestino delgado<sup>3</sup>. Además su fuerte relación con riegos cotidianos como inadecuados hábitos alimenticios, edad, ocupación, escolaridad y agentes infecciosos como el Helicobacter Pilyory, entre otros factores, lo ubican en el cuarto cáncer más común en el mundo y es la segunda causa de muerte por cáncer a nivel mundial<sup>4</sup>.

En Colombia el cáncer gástrico es una enfermedad que afecta principalmente a las personas de edad avanzada entre los 65 y 70 años de edad, es la segunda causa de muerte en hombres y la tercera en mujeres. Los departamentos con mayor incidencia son Cauca, Nariño, Boyacá, Cundinamarca, Norte de Santander, Santander y Antioquia<sup>5</sup>.

El cáncer de estómago tiene una prevalencia significativa en el departamento del Cauca, para el año 2010 se registraron 210 defunciones, de las cuales 70 casos fueron de residencia en Popayán siendo la quinta causa de muerte a nivel departamental<sup>6</sup>.

Por tratarse de una patología prevalente por su alta morbimortalidad, el autocuidado emerge como una estrategia válida, que apoya una mayor comprensión y evidencia de la influencia de los estilos de vida y las conductas de las personas en su estado de salud, donde los Enfermeros y Enfermeras se

---

<sup>2</sup> FLORIAN, Rosa María. DIAZ, Yínela, Autocuidado- Enfermería. Universidad de Córdoba 2013 Colombia. Internet: (<http://teoristadeenfermeria.blogspot.com/2013/05/las-necesidades-humanas-se-manifiestan.html>).

<sup>3</sup>DURAN GALINDO Estela. Proceso atención de enfermería aplicado a pacientes gástricos. México D.F. 2011. HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. Internet (<http://www.buenastareas.com/ensayos/Cancer-Gastrico/3257794.html>)

<sup>4</sup>ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA. CÁNCER GÁSTRICO. Bogotá. Guías de manejo en cirugía. 2009. 29 pág. Internet (<http://www.ascolcirugia.org/guiasCirugia/cancer%20gastrico.pdf>)

<sup>5</sup>ADRADA Juan C., CALAMBÁS Fredy H., DÍAZ Jesús E., DELGADO Daniel O., SIERRA Carlos H. Características sociodemográficas y clínicas en una población con cáncer gástrico en el Cauca, Colombia. Revista Colombiana de gastroenterología. v.23 n.4 Bogotá oct. /dic. 2008. 6 pág.

<sup>6</sup>DANE, defunciones según departamento, municipio de residencia y grupos de causas de defunción 2010

encuentran en una posición clave para promover las acciones de autocuidado en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico; dado que el autocuidado es importante porque maximiza las capacidades individuales permitiéndole a los pacientes tener una mayor autonomía sobre su enfermedad y reduce el riesgo de contraer enfermedades crónicas como el cáncer.

De acuerdo a las bases de datos revisadas, se encontraron pocos estudios que relacionen la Teoría del Déficit de Autocuidado con el cáncer gástrico, por tal motivo es necesario conocer en qué medida afecta la patología en el proceso que llevan a cabo las personas para auto cuidarse, por lo tanto es necesario identificar qué requisitos de autocuidado se encuentran comprometidos en éstos pacientes.

Apoyados en la Teoría general del Autocuidado, Orem<sup>7</sup> subraya que las personas pueden beneficiarse del cuidado profesional de Enfermería, debido a que son individuos con limitaciones, que les impiden ejercer el cuidado de sí mismo, haciéndolo incompleto o ineficaz. La investigación propuesta espera identificar la demanda de autocuidado del paciente adulto con cáncer gástrico para ser suplidos por el Enfermero o Enfermera como Agente Terapéutico en el área asistencial.

El propósito del estudio es dar a conocer los resultados obtenidos al Departamento de enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud, a la Coordinación del Departamento de Enfermería del Hospital Universitario San José y otras entidades de salud de la ciudad, para que los docentes y coordinadores orienten a estudiantes y profesionales en ejercicio, a fin de brindar un cuidado de calidad a las personas que padecen cáncer gástrico, procurando maximizar sus capacidades y minimizar sus complicaciones.

---

<sup>7</sup>OREM, Dorotea E. *Soins infirmiers: les concepts et la pratique*. Traducido por: Gosselin Danielle. Montreal: Décarie Éditeur inc, 1987. p. 55.

## **1. OBJETIVOS.**

### **1.1. OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar la demanda de autocuidado terapéutico a través de los requisitos de autocuidado universal, según Dorotea Orem, en pacientes con cáncer gástrico hospitalizados en la salas de internación de adultos del Hospital Universitario San José, Febrero a Abril de 2013.

### **1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar socio-demográficamente a los pacientes con cáncer gástrico hospitalizados en la salas de internación de adultos del Hospital Universitario San José.

Identificar la alteración de los requisitos de autocuidado universal según Dorothea Orem en pacientes con cáncer gástrico, hospitalizados en la salas de internación de adultos del HUSJ.

Identificar la relación entre los factores socio-demográficos y la alteración de los requisitos de autocuidado universal en 18 pacientes con cáncer gástrico.

## 2. MARCO REFERENCIAL.

Según Lina María Vargas Escobar “En Latinoamérica y en países como Colombia las enfermedades crónicas se han convertido en un grave problema de salud pública”<sup>8</sup>, un ejemplo de esta enfermedades crónicas es el cáncer gástrico, una patología que afecta al individuo en toda su integridad de ser humano: biológica, sicológica, cultural y social; por lo tanto los profesionales de enfermería al ser conocedores de esta problemática deben orientar el cuidado hacia el mejoramiento de la atención hospitalaria. Para ello, Dorothea Orem, con su Teoría General de Autocuidado, proporciona los elementos necesarios que permiten la identificación del déficit de Autocuidado existente y orienta a la Agencia de Autocuidado terapéutico a una práctica de intervenciones realmente efectivas.

### 2.1. MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL

**2.1.1. Déficit de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico:** desde que la TGAC se practica, siempre se orientó a la atención del paciente con enfermedades crónicas, por lo que permite el abordaje integral del cáncer, en cualquiera de sus etapas, y el manejo de sus alteraciones relacionadas con el Déficit de Autocuidado que presentan los pacientes que las padecen.

María Angélica Páez, afirma en su trabajo de grado que: “El cáncer se convierte en una de las situaciones que más inestabilidad e impacto pueden producir sobre el individuo y su entorno”, por lo cual es de gran importancia las prácticas de autocuidado que ejercen las personas con diagnostico medico de cáncer gástrico y así contribuir a un mejoramiento de su bienestar y calidad de vida; y es así como se convierte en un ítem necesario la valoración de los requisitos universales de autocuidado y valorar el déficit de autocuidado en estos pacientes.

Las Requisitos Universales de Autocuidado son iguales en cada persona, ya que representan la capacidad de autocuidado para mantener la integridad física y la función humana, no obstante, estos varían de acuerdo a los factores de riesgo,

---

<sup>8</sup>MALDONADO, Martha López. Investigación en enfermería imagen y desarrollo. Bogotá, 2010. 162 p. Universidad Pontificia Javeriana. Facultad de enfermería.



etapa diagnóstica, tratamiento (radioterapia, quimioterapia, cirugía); y cuidados paliativos en los pacientes con cáncer gástrico.

El cáncer es una enfermedad crónica no transmisible, que afecta al individuo en aspectos físico, biológico, fisiológico, psicológico, económico, espiritual y familiar; de ahí la importancia de aplicar en estos pacientes un instrumento, para reconocer en cada uno de ellos el déficit de autocuidado, mediante la valoración de los Requisitos Universales de Autocuidado, descritos en la Teoría General de Autocuidado propuesta por Dorothea Orem.

**2.1.2. Teoría General del Autocuidado:** Dorothea Elizabeth Orem fue una de las enfermeras estadounidenses más destacadas por sus trabajos en el campo de la enfermería, siendo su mayor aporte a este la Teoría General del Autocuidado que se desarrolla a partir de 4 elementos paradigmáticos de la enfermería que son: Persona, Entorno, Salud y Enfermería.

Dorothea define estos conceptos como:<sup>9</sup>

**Persona:** *“Un ser biológico, racional y pensante; con la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros.”*

**Enfermería:** *“Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.”*

**Entorno:** *“El entorno son todos aquellos factores físicos, químicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.”*

**Salud:** *“Un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes, y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.”*

---

<sup>9</sup> LLONTOP CALDERON, Shirley Celinda. Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado. 2012. 22 Pág. Internet: <http://www.slideshare.net/oscarlopezregalado/teora-enfermera-del-dficit-de-autocuidado>

La Teoría General del Autocuidado planteada por Orem se compone de la suma de tres sub-teorías consideradas en conjunto y son: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit del Autocuidado y Teoría de los Sistemas De Enfermería cuyo eje principal es el autocuidado y su objetivo es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, por ello para comprender todos sus componentes es necesario conocer la definición de cada uno de los conceptos que hacen parte de esta.

**2.1.2.1. Teoría del Autocuidado:** Dorothea Orem afirma que: “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” Sin embargo para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según Orem existen tres grandes grupos de requisitos y son:

**Requisitos de Autocuidado:** son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, de desarrollo y de desviación de la salud.

**Requisito de Autocuidado Universal:** son comunes a todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentación, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana, la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales.

**Requisitos de Autocuidado del Desarrollo:** promueven las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y tercera edad.

Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.

Implicación en el autodesarrollo.

Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano. (Orem1980, p. 231) (HTA)

**Requisitos de Autocuidado de Desviación de la Salud:** estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos.

El individuo tiene demandas adicionales de cuidados de la salud. La principal premisa es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.

**Factores de Condicionamiento Básico<sup>10</sup>:** son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos.

Los factores de condicionamiento básico son: edad, Sexo, Estado de desarrollo, Estado de salud, Orientación sociocultural, Factores del sistema de cuidados de salud (diagnóstico médico y modalidades de tratamiento), Factores del sistema familiar (patrón de vida, incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente), Factores ambientales (disponibilidad y adecuación de los recursos); estos factores identificados condicionan de diversa manera las demandas de autocuidado terapéuticos.

**2.1.2.2. Teoría del Déficit de Autocuidado:** el déficit de autocuidado es una<sup>11</sup> relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas y no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista.<sup>1</sup>

---

<sup>10</sup>QUINTANAR SALGADO, Blanca Miriam "FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA MODELO OREM" Internet:([http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion\\_teorica.PDF](http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica.PDF))

<sup>11</sup> OJEDA VARGAS, Guadalupe y otras. Diversidad Cultural y Salud. Internet: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2010e/806/Teoria%20del%20Deficit%20de%20Autocuidado%20de%20Dorothea%20Orem.htm>

Respecto a lo anteriormente dicho, el déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que si se expresa en términos de limitaciones de la acción, orienta la selección de métodos de ayuda y de comprensión del papel que tiene una persona en la labor de autocuidado.

El déficit de autocuidado se produce cuando las habilidades de cada persona son menores de las que necesita para satisfacer demanda de autocuidado conocida, es decir, estas personas tienen necesidad de cuidado para poder ejercer de manera adecuada su autocuidado logrando, así, su satisfacción y bienestar.

**2.1.2.3. Teoría de Sistema de Enfermería:** la teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee.

**Sistemas de Enfermería Totalmente Compensatorio:** son necesarios cuando la enfermera está compensando una incapacidad total del paciente para realizar actividades de autocuidado que requieren movimientos de deambulación y manipulación.

En este sentido, la enfermera sule al individuo en sus actividades de autocuidado.

**Sistemas de Enfermería Parcialmente Compensatorio:** son aquellos en los que tanto la enfermera como el paciente realizan medidas de asistencia y otras actividades que impliquen labores manipulativas o deambulatorias.<sup>1</sup>

Por lo tanto, el personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar por limitaciones del estado de salud u otras causas, y la persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.

**Sistema de Enfermería de Apoyo-Educación:** son para aquellas situaciones en las que el individuo es capaz de realizar o puede y debe aprender a realizar las medidas de autocuidado terapéutico, pero que no pueden hacerlo sin ayuda.

En este caso, la enfermera actúa ayudando a las personas para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

**2.1.3. Cáncer gástrico:** el cáncer gástrico es una enfermedad multi-causal en la que se encuentran células malignas en los tejidos del estómago.

El cáncer de estómago es uno de los tipos de cáncer más frecuente entre la población colombiana y representa la primera causa de muerte por cáncer en el país, tanto en hombres como en mujeres.<sup>12</sup>

**Factores de Riesgo<sup>13</sup>:** se han identificado diversos factores de riesgo para este cáncer, como:

Tabaquismo, dieta baja ingesta de frutas y verduras, exposición al asbesto, pólipos adenomatosos, edad avanzada, género masculino, alimentación alta en sal o comidas ahumadas o en conserva, pólipos adenomatosos gástricos, antecedentes familiares de cáncer de estómago, infección por Helicobacter Pylori, úlcera péptica gástrica, antecedentes de gastrectomía parcial, anemia perniciosa.

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

El cáncer del estómago puede causar los siguientes efectos: Indigestión o una sensación ardiente, malestar o dolor abdominal, náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, hinchazón del estómago después de comidas, pérdida del apetito, debilidad y fatiga, hemorragias digestivas inhabituales, cambios en el ritmo intestinal o urinario, heridas que tardan en cicatrizar, disfagia, cambios repentinos en el aspecto de verrugas cutáneas, tos persistente o ronquera, pérdida de peso, mal aliento.

---

<sup>12</sup>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, El cáncer aspectos básicos sobre su biología, clínico, prevención, diagnóstico y tratamiento, 2004. 67 pág.  
Internet: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf>

<sup>13</sup>ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA. Cáncer Gástrico. Bogotá. Guías de manejo en cirugía. 2009. 29 pág. Internet: <http://www.ascolcirugia.org/guiasCirugia/cancer%20gastrico.pdf>

### **3. METODOLOGÍA.**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio descriptivo transversal, prospectivo de tipo cuantitativo, a través del cual se caracterizó socio demográficamente a la población y la demanda de autocuidado, presente en los pacientes con diagnóstico médico de Cáncer Gástrico de los servicios de internación de adultos del HUSJ.

#### **3.2. POBLACIÓN REFERENCIA Y GRUPO DE ESTUDIO**

La población sujeto de esta investigación fueron pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico que se encontraban hospitalizados en los servicios de internación de adultos del Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán, entre los periodos de ingreso, Febrero a Abril de 2013.

#### **3.3. MUESTRA**

La muestra está conformada finalmente por 18 pacientes que ingresaron en el periodo Febrero – Abril de 2013 al HUSJ con diagnóstico de cáncer gástrico. Por tanto corresponde a un muestreo no probabilístico a conveniencia, debido a la incertidumbre para determinar un número de ingresos hospitalarios con el diagnóstico de cáncer gástrico en el periodo de estudio.

**3.3.1. Criterios de inclusión:** En este trabajo de investigación se incluyó únicamente pacientes con:

- Diagnóstico médico de cáncer gástrico.
- Hospitalizados en los servicios de internación de adultos del HUSJ en el periodo Febrero - Abril de 2013.

**3.3.2. Criterios de exclusión:** Los pacientes fueron excluidos de la investigación sí:

- Pacientes sin acompañante y que no pudieron brindar información veraz y completa debido a la gravedad y/o manejo clínico de su enfermedad.

### **3.4. FUENTE E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN**

La herramienta utilizada para la recolección de los datos es una entrevista validada por el Departamento de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, basado en La Teoría General de Autocuidado planteada por Dorothea Orem.

### **3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

#### **3.5.1. Variable dependiente**

**Demanda de autocuidado terapéutico:** Definición: Es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos.

**Indicadores:** Déficit SI

Déficit NO

**Definiciones Operacionales:**

**Déficit SI:** Se produce cuando el individuo presenta condiciones que alteren determinado requisito de autocuidado universal.

**Déficit NO:** se produce cuando el individuo no posee condiciones que afecten determinado requisito de autocuidado universal.

**Escala de medición:** Nominal, dicotómica.

### **3.5.2. Variable Independiente:** Características del agente de autocuidado en los pacientes con cáncer gástrico

Definición Agente de Autocuidado: Cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado.

- **Indicadores:** Factores de condicionamiento básico.
- **Definiciones operacionales:** Factores internos o externos que afectan sus capacidades de autocuidado (Edad, género, ocupación, estado civil y estado de salud)
- **Escala de medición:** Nominal, politómico.

### **3.6. CONTROL DE SESGOS**

Con el fin de evitar la invalidez de los resultados obtenidos durante el proceso de investigación, se decidió tener en cuenta:

- Realizar un planteamiento adecuado del proyecto, con unos objetivos claros y alcanzables.
- Identificar adecuadamente los criterios de inclusión y exclusión descritos en el proyecto de investigación para seleccionar el muestreo.
- Realizar la validación del instrumento por medio de una prueba piloto realizada a pacientes con características similares.
  
- Manejar de forma apropiada la información brindada por los pacientes, para realizar un análisis de los datos que sea preciso y real.

### **3.7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

La información se recolectó por medio de una entrevista estructurada, que se aplicó a los pacientes hospitalizados en las salas de internación de adultos del HUSJ, Febrero - Abril de 2013; y los resultados se procesaron mediante los programas EPI INFO 3 y EXCEL 2010, con un análisis bivariado.



### 3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación tuvo en cuenta los siguientes principios éticos

**Autonomía:** se brindó información veraz y comprensible a cada paciente entrevistado, donde posteriormente cada uno decidió de forma voluntaria si participaba o no de la investigación, garantizando el respeto y confidencialidad de los datos que el paciente suministrara en la entrevista, los cuales fueron custodiados por la investigadora principal Enid Esperanza Garzón cuyo correo electrónico es eegarzon@unicauca.edu.co y móvil 3007053601.

**Beneficencia:** se garantizó este principio ético en la medida en que la investigación no generó ningún riesgo para la salud física y/o mental de los pacientes, porque no se realizó ningún tipo de intervención en ellos, debido a que la investigación solo pretendió conocer el proceso de autocuidado que llevan a cabo los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico.

La decisión de participar en el estudio fue completamente voluntaria, los pacientes seleccionados no tuvieron que hacer ningún tipo de gastos ni ninguna retribución económica por participar de la investigación.

**Justicia:** dentro del proceso investigativo y metodológico se seleccionaron únicamente los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión sin distinción de género, etnia, edad, religión y situación socio económica y que desearon participar voluntariamente en esta investigación.

#### 4. RESULTADOS.

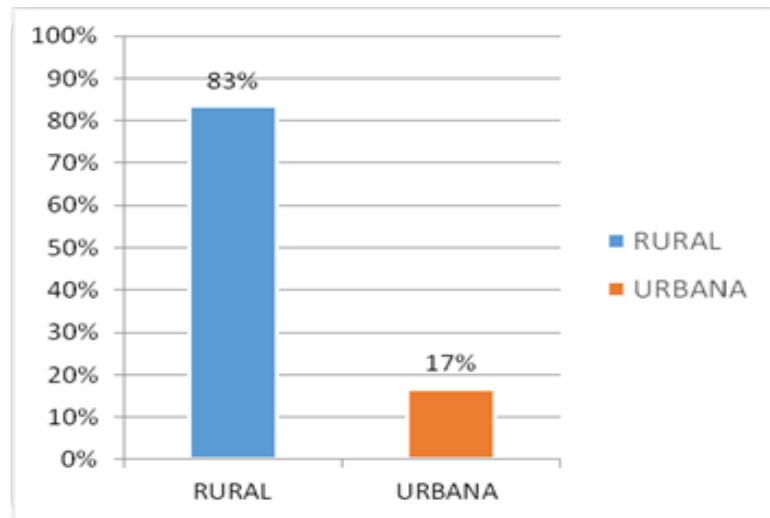
Los datos se presentaran teniendo en cuenta el siguiente orden:

- ✓ Caracterización sociodemográficas de la población a estudio:
  - Factores de condicionamiento básico del individuo
  - Estilos de vida
  - Sociales o de contexto.
- ✓ Descripción de la demanda de autocuidado en pacientes con cáncer gástrico del H.U.S.J.
- ✓ Relación entre los factores socio-demográficos y la descripción de la demanda de autocuidado en pacientes con cáncer gástrico, se analizaron con la siguiente terminología:
  - Aire: Mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
  - Agua: Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
  - Alimentación: Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.
  - Eliminación: Provisión de cuidados con los procesos de eliminación.
  - Act y reposo: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.
  - S. e interacción: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.
  - P. peligros: Prevención de peligro para la vida el funcionamiento y bienestar humano.
  - Promoción: Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

#### 4.1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

##### – Factores de Condicionamiento Básico del Individuo

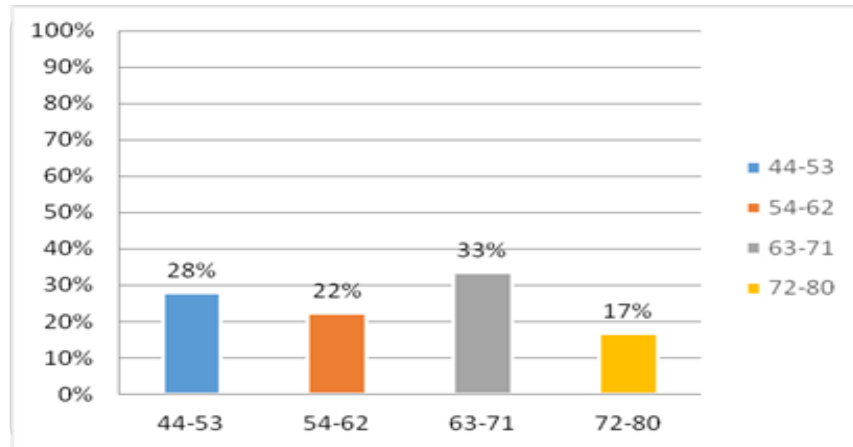
**Gráfica 1.** Distribución porcentual según procedencia de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

La gráfica 1 muestra que la población que más consulto con esta patología al Hospital Universitario San José fue procedente del área rural, con un 83% de los pacientes; a diferencia de la población del área urbana, con un 17%, lo que demuestra que las Instituciones Prestadoras de Salud deben dirigir los procesos educativos a las personas del área rural que se encuentran con mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas como el cáncer gástrico.

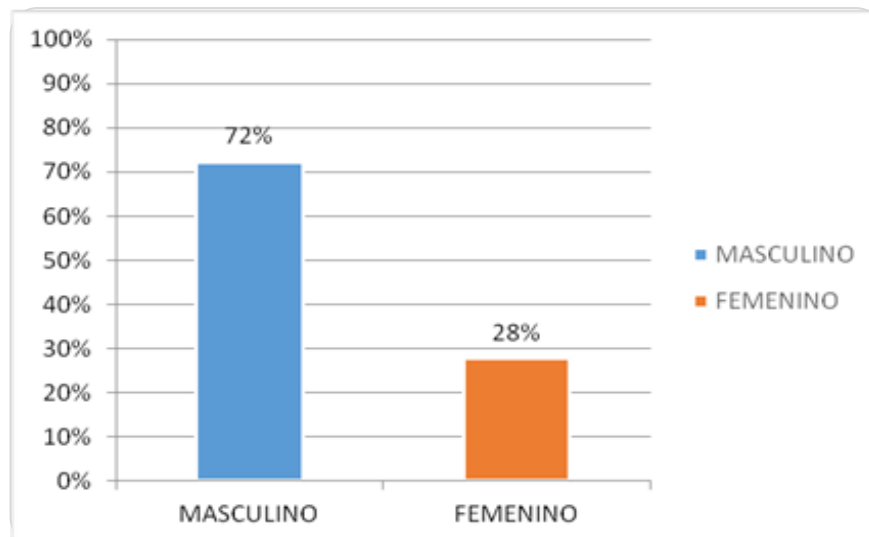
**Gráfica 2.** Distribución porcentual según edad de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 2, se observa que la población sujeto de estudio estuvo conformada por adultos y adultos mayores, donde el 33% de los pacientes se halló en el rango de edad de 63 a 71 años y el 17% entre 72 y 80 años; la edad mínima fue de 44 años y la máxima de 80, el promedio de edad fue de 61,2 años.

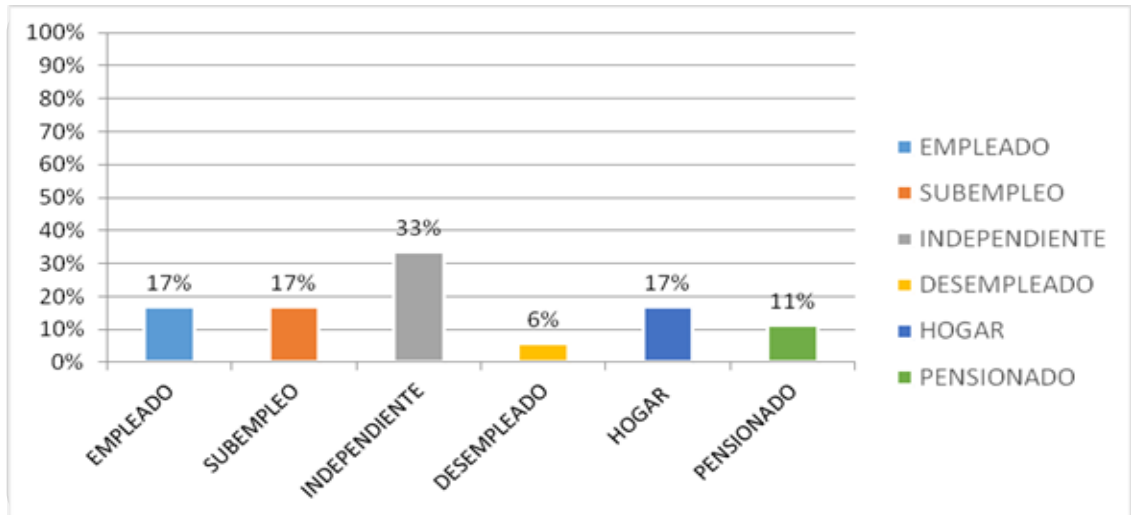
**Gráfica 3.** Distribución porcentual según el género de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

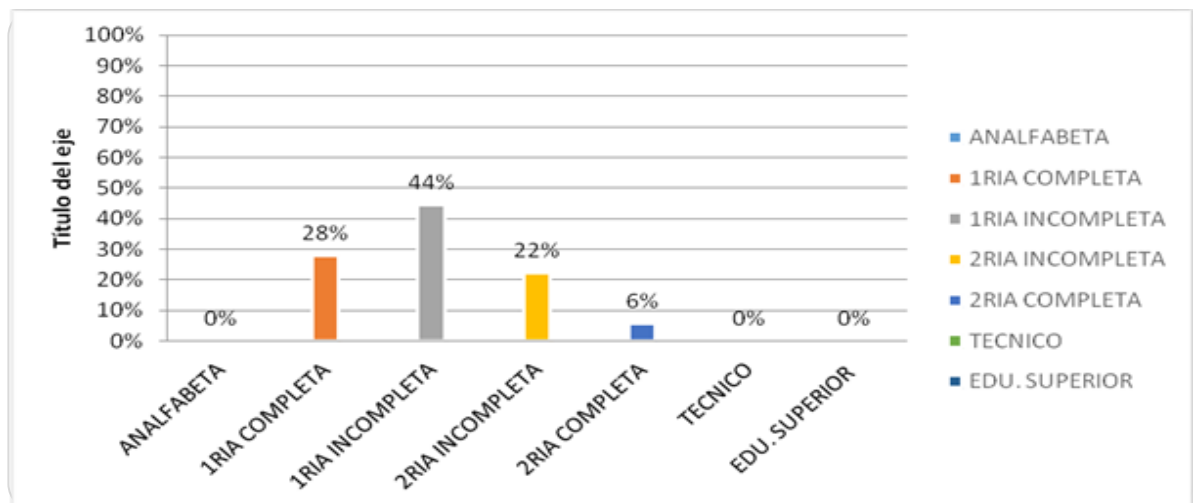
En la gráfica 3 se resalta que en la población masculina fue más frecuente la presencia de cáncer gástrico con un porcentaje del 72%, frente a un 28% correspondiente a la población femenina.

**Gráfica 4.** Distribución porcentual según la ocupación de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013



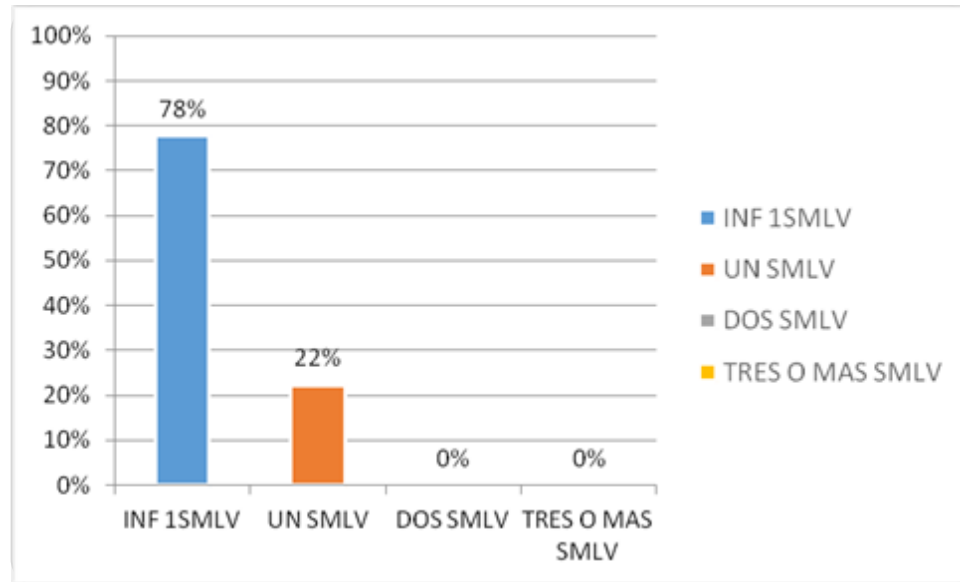
Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

**Gráfica 5.** Distribución porcentual según el nivel educativo de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

**Gráfica 6.** Distribución porcentual según los ingresos familiares de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013

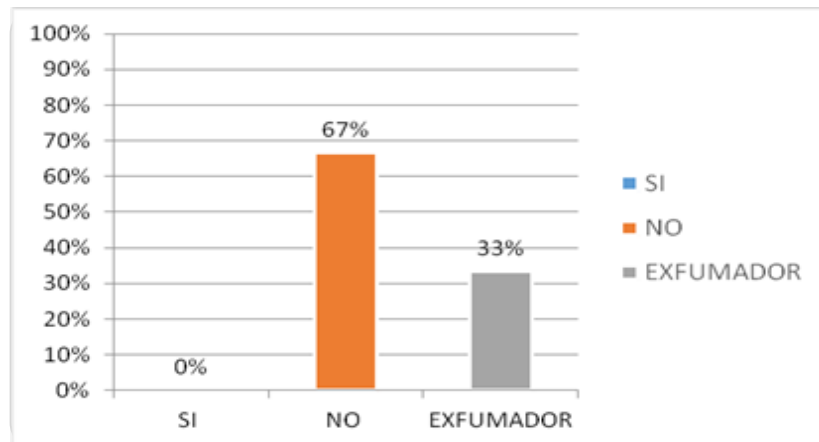


Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

Los datos obtenidos respecto a la ocupación, nivel educativo e ingresos de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico, fueron sugestivos de un bajo nivel socioeconómico en donde el trabajo independiente correspondió al 33% y se relaciona con actividades de agricultura cuya remuneración económica es mínima. En consecuencia, en el 78% de la población los ingresos familiares estuvieron por debajo del salario mínimo; condiciones que se afianzan con el bajo nivel educativo, dado que el 6% de los entrevistados cursaron secundaria completa, siendo este el máximo nivel de escolaridad alcanzado, frente a un 44% que tenían primaria incompleta. Estas variables permiten analizar la importancia que tiene la educación en los procesos de cuidado y autocuidado del paciente y su familia.

– **Estilos de vida**

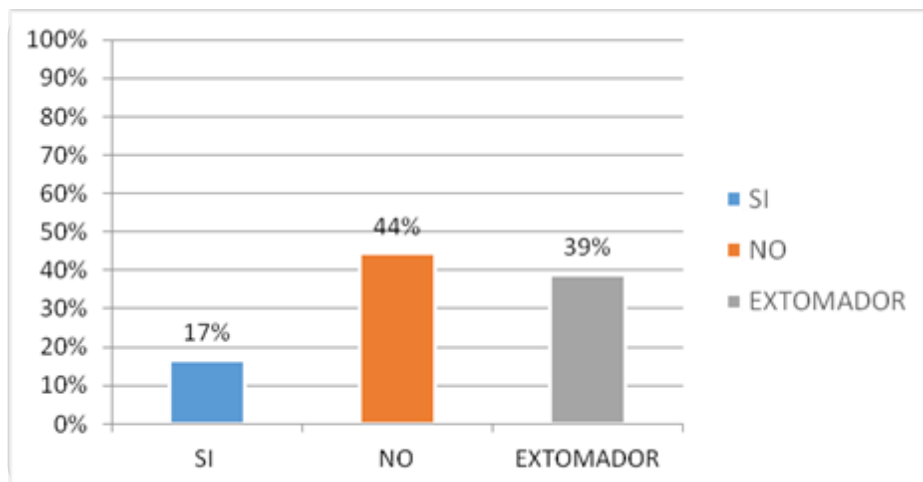
**Gráfica 7.** Distribución porcentual según el hábito de fumar de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 7 se puede observar que el 67% de la población entrevistada nunca había fumado, en comparación al 33% que eran exfumadores, quienes refirieron haber dejado de fumar a partir de su hospitalización.

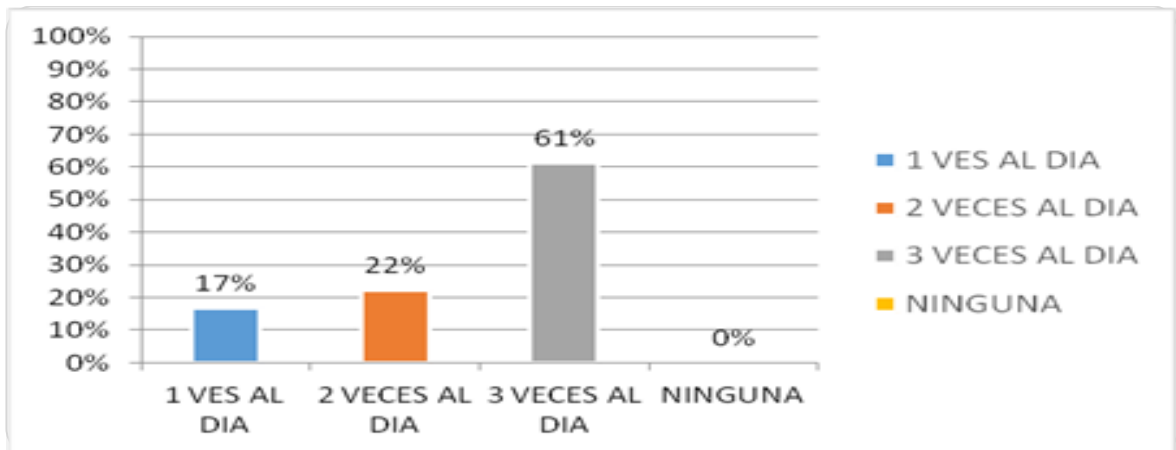
**Gráfica 8.** Distribución porcentual según el hábito de consumo de alcohol de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

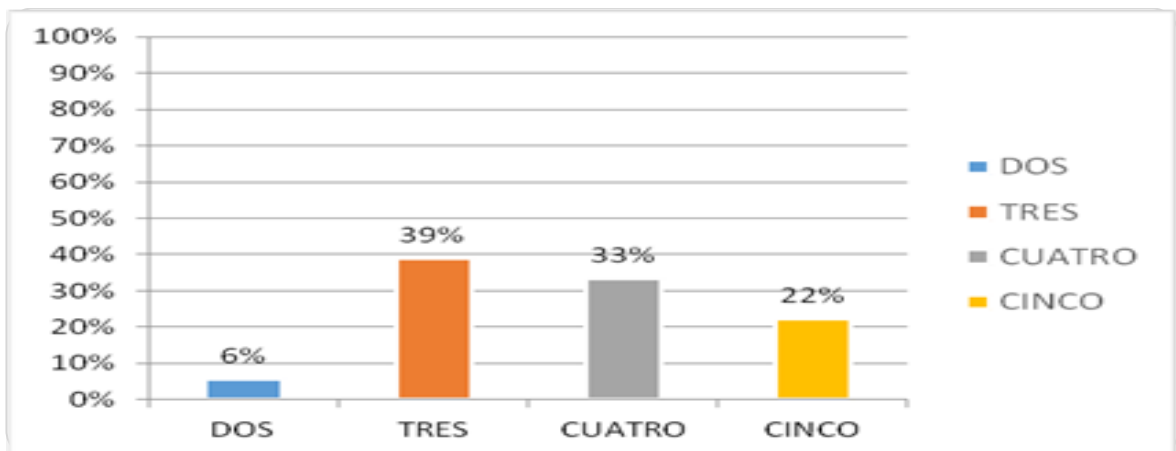
En la gráfica 8 se muestra que la mayoría de los pacientes no consumían alcohol en el momento en que se aplicó la entrevista (83%), de los cuales un 44% nunca han consumido alcohol y un 39% consumieron alcohol hasta antes de estar enfermos (ex tomadores); y el 17% de los pacientes consumían alcohol al momento de ser entrevistados, a pesar del diagnóstico y sintomatología.

**Gráfica 9.** Distribución porcentual según la frecuencia de aseo bucal de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

**Gráfica 10.** Distribución porcentual según el patrón de comidas de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013

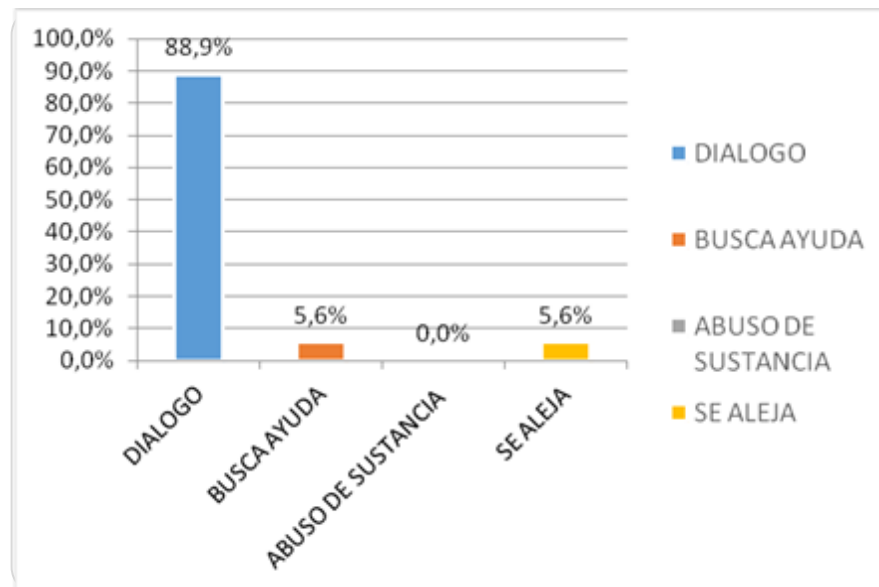


Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.



En el aseo bucal el 61% de los pacientes se cepillaba los dientes tres veces al día (gráfica 9) teniendo en cuenta que son tres las comidas principales del día y la mayoría de los pacientes (39%) solo consumen estas tres comidas (gráfica 10), un 6% de la población consume dos comidas al día y el 55% de los pacientes consumían cuatro o más comidas al día.

**Gráfica 11.** Distribución porcentual según la respuesta al estrés y conflictos de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013

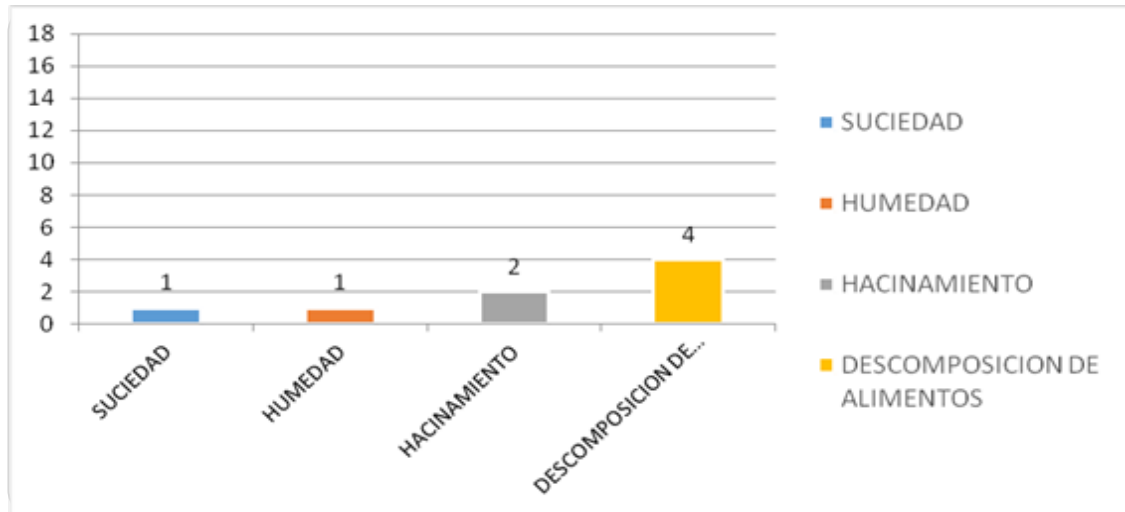


Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

La gráfica 11 demuestra que el 89% de los pacientes acudían al diálogo como una forma de buscar una solución a los conflictos personales que se les presentaban, siendo esto un factor protector para evitar el estrés y así disminuir la probabilidad de la aparición del cáncer gástrico.

– **Sociales o de Contexto.**

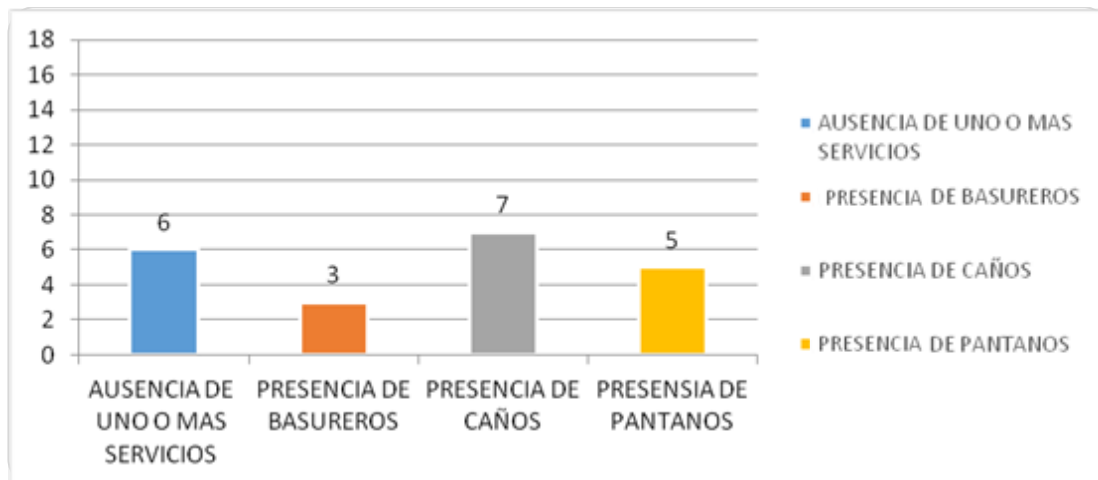
**Gráfica 12.** Número de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ según las condiciones de la vivienda.



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 12 se evidencia que dadas las escasas condiciones económicas de la mayoría de los pacientes, 4 de ellos expresaron la ausencia de recursos técnicos, que no les permitió tener las condiciones adecuadas para la conservación de los alimentos, además 2 de los entrevistados vivían en hacinamiento; siendo estas dos condiciones, factores de riesgo para una contaminación bacteriana especialmente por el *Helicobacter Pylori*.

**Gráfica 13.** Número de los pacientes con cáncer gástrico del HUSJ según las condiciones del barrio.

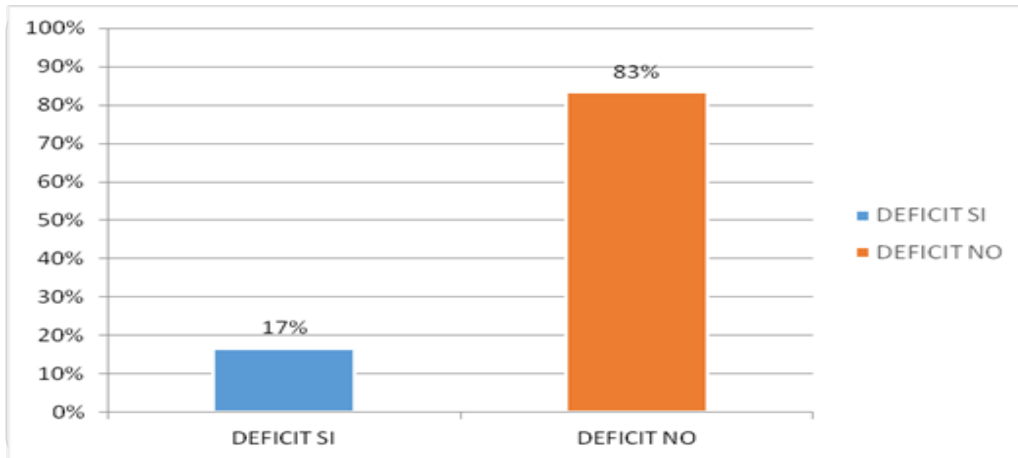


Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 13 se muestra que la mayoría de pacientes habitaban cerca de caños de aguas negras, pantanos y basureros. Un gran porcentaje de los pacientes no disponían de los servicios públicos completos.

## 4.2. CARACTERIZACION DE LA DEMANDA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO DEL H.U.S.J.

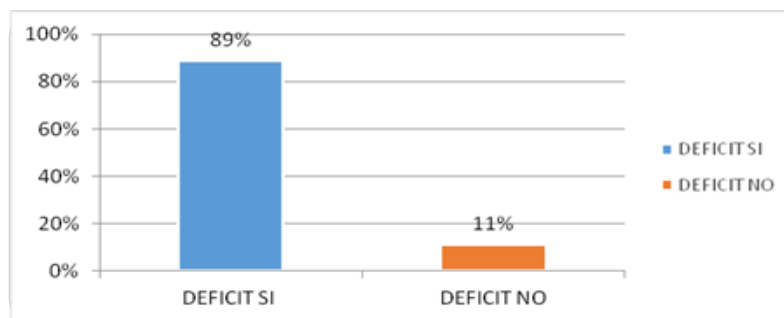
**Gráfica 14.** Distribución porcentual según mantenimiento de un aporte de aire suficiente en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 14 se evidencia el primer requisito de autocuidado universal propuesto por Dorothea Orem: mantenimiento de un aporte de aire suficiente, donde un 17 % de los pacientes presentaron déficit, en comparación con el 83 % que no presentaron déficit.

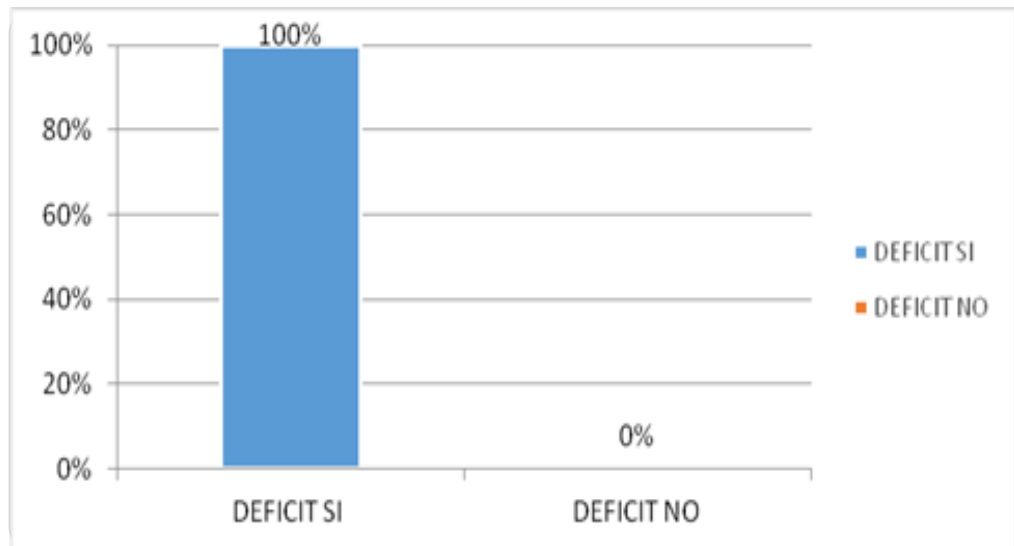
**Gráfica 15.** Distribución porcentual según mantenimiento de un aporte de agua suficiente en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 15 se observa el requisito de autocuidado universal: mantenimiento de un aporte de agua suficiente, en el que el 89% de los pacientes presentaron déficit a diferencia del 11% que no lo presentaron.

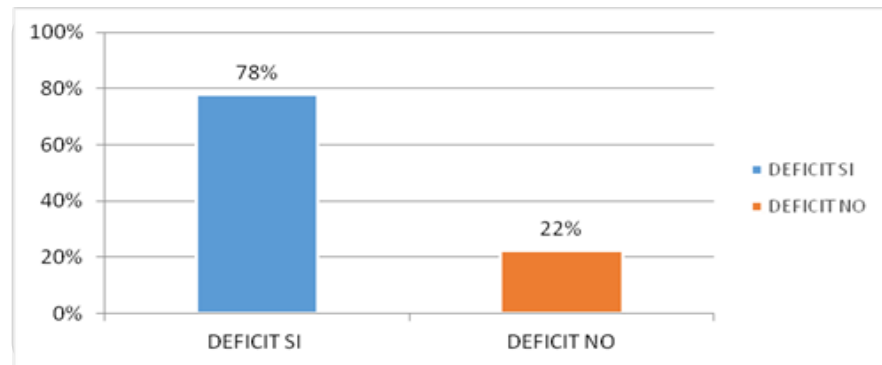
**Gráfica 16.** Distribución porcentual según mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 16 se muestra el tercer requisito de autocuidado universal: mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente, donde el 100% de la población presentó déficit, siendo este el requisito más comprometido en todos los pacientes con diagnóstico de Cáncer Gástrico; de los cuales, en su totalidad refirieron haber perdido peso en el transcurso de su enfermedad, algunos de ellos manifestaron la ausencia de piezas dentales, fatiga y dolor al deglutir convirtiéndose en las principales dificultades para su alimentación.

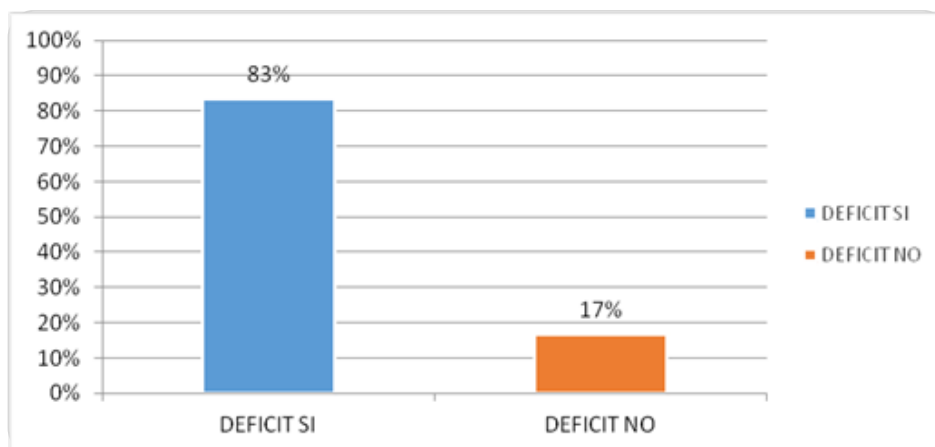
**Gráfica 17.** Distribución porcentual según provisión de cuidados con los procesos de eliminación en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 17 se encuentra el cuarto requisito de autocuidado universal: provisión de cuidados con los procesos de eliminación, en el cual el 78% de la población presentaron déficit, con una diferencia del 22% de pacientes que no presentaron déficit.

**Gráfica 18.** Distribución porcentual según mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013

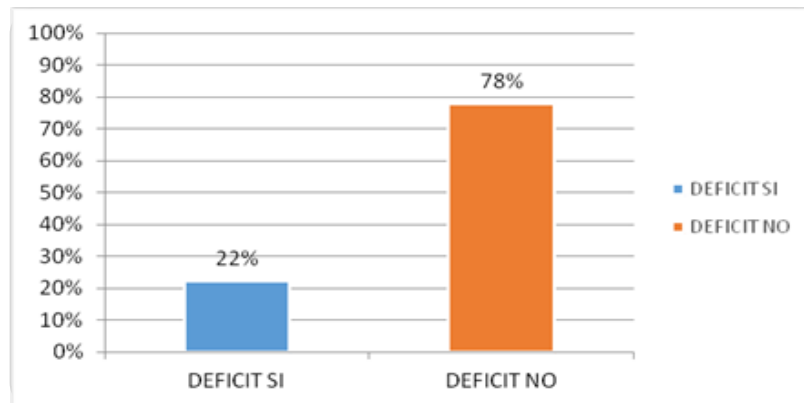


Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

La gráfica 18 corresponde al quinto requisito de autocuidado universal: mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo, en la que se observa que

el 83% de la población presentó alteración a diferencia del 17% que no presentó déficit.

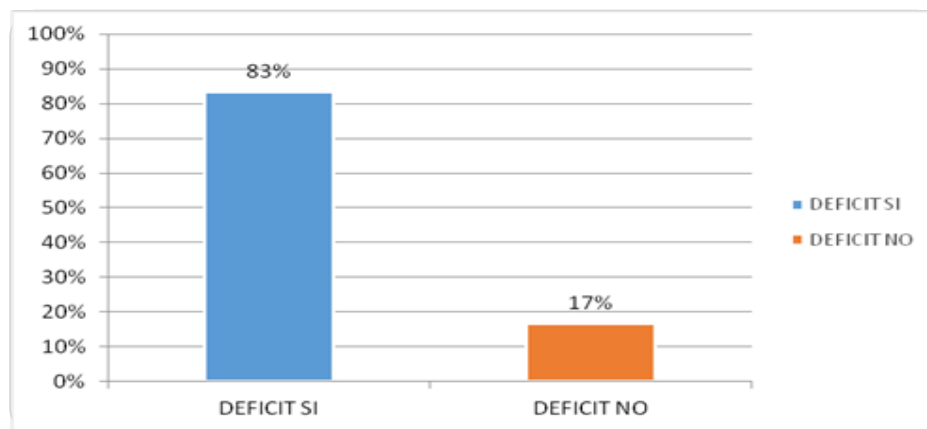
**Gráfica 19.** Distribución porcentual según el equilibrio entre la soledad y la interacción en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 19 está el sexto requisito de autocuidado universal: equilibrio entre la soledad y la interacción, en la cual se refleja que el 22% de los pacientes presentaron alteración, en comparación al 78% que no lo presentaron de la totalidad de la población.

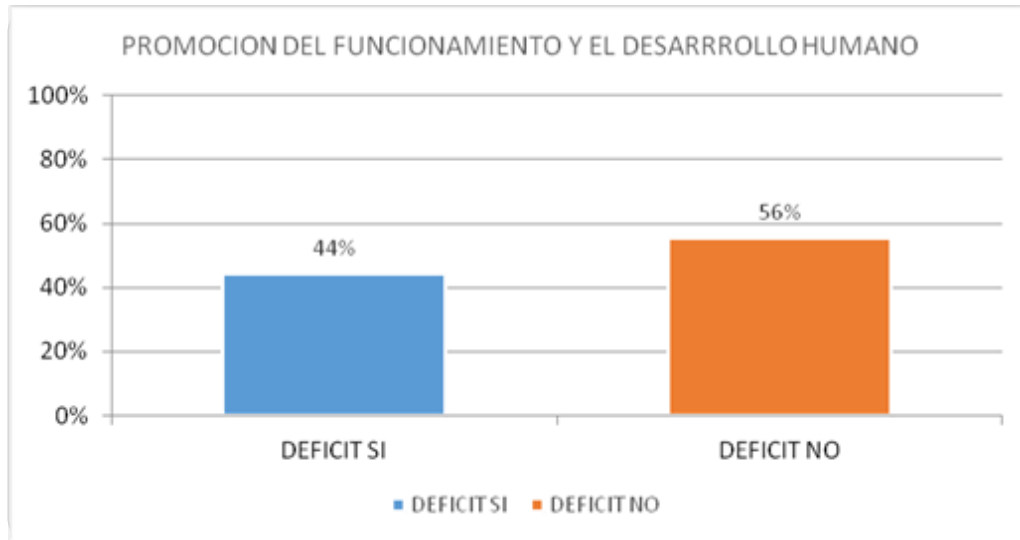
**Gráfica 20.** Distribución porcentual según prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 20 perteneciente al séptimo requisito de autocuidado universal: prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano, se encuentra que el 83% de la población sujeto presentó alteración mientras que el 17% no lo presentó.

**Gráfica 21.** Distribución porcentual según promoción del funcionamiento y el desarrollo humano en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013



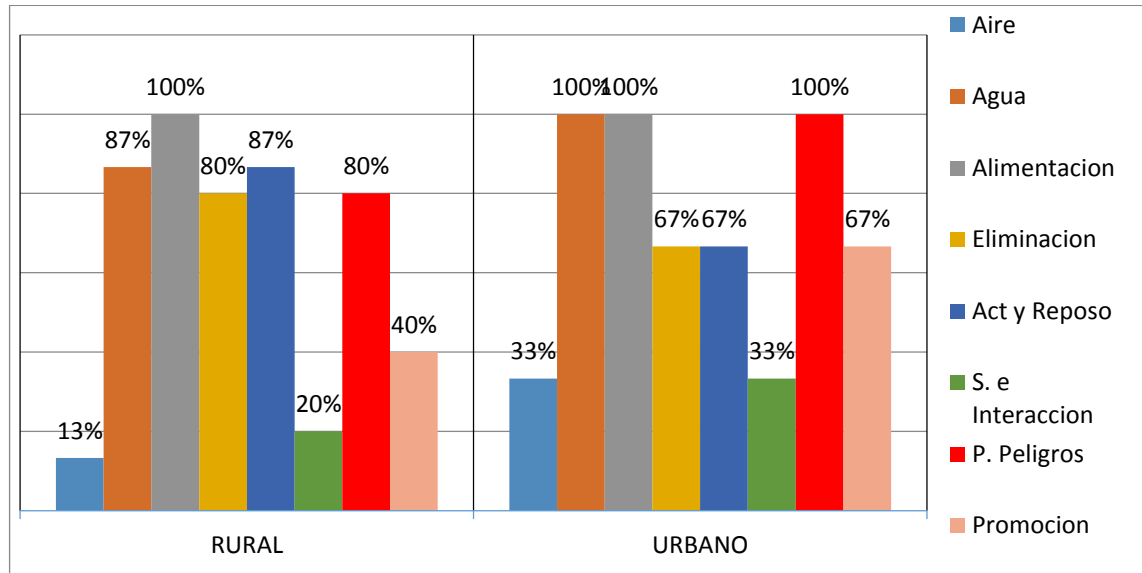
Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 21 correspondiente al octavo requisito de autocuidado universal: promoción del funcionamiento y el desarrollo humano, se observó que el 44% de los pacientes evidenciaron tener alteración a diferencia del 56% restante de la población total del estudio.



#### 4.3. RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y LA ALTERACIÓN DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO

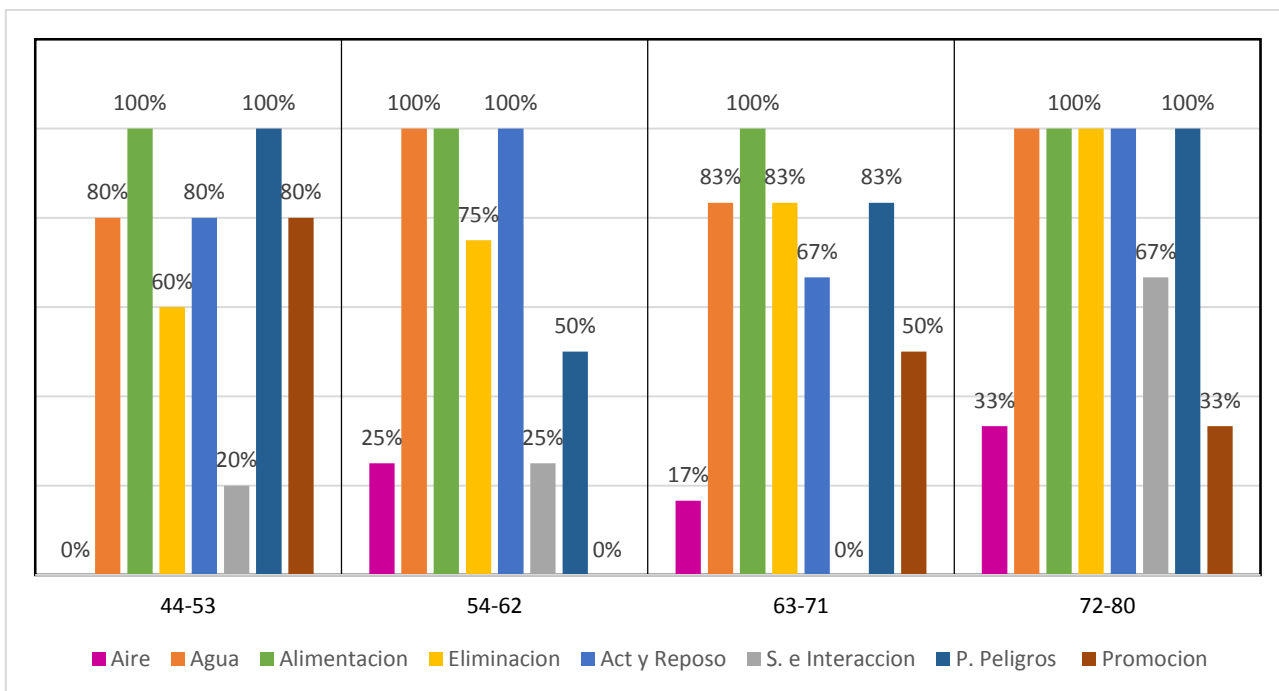
**Gráfica 22.** Distribución porcentual según la relación de procedencia y requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 22 se evidencia que la mayor proporción de pacientes con cáncer gástrico eran del área rural, sin embargo los pacientes procedentes del área urbana eran quienes tenían mayor alteración de los requisitos de autocuidado, siendo los requisitos de agua, alimentación y prevención de peligros los más afectados 100% de la población; en cuanto al área rural los requisitos de alimentación (100%), agua (87%) y actividad y reposo (87%) lo más afectados.

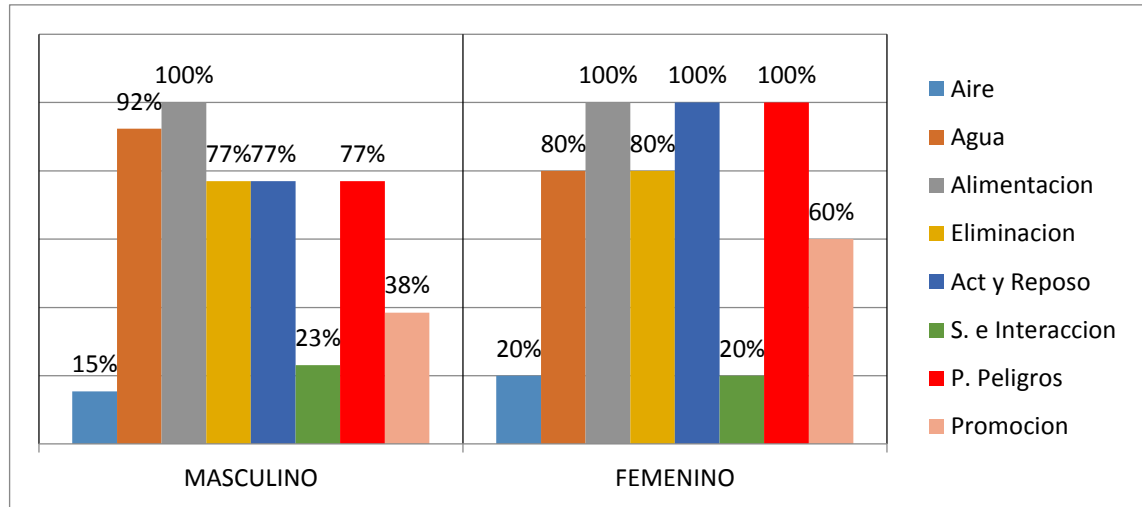
**Gráfica 23.** Distribución porcentual según la relación de intervalos de edades y requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 23 se observa una alteración de los ocho requisitos universales, es el rango de los 63 a 71 años donde se ubicó la mayor cantidad de la población (6 pacientes), pero es en el rango entre los 72 a 80 años el que presentó mayor compromiso de los requisitos de autocuidado universales, siendo el requisito de alimentación el más representativo con la totalidad de la población comprometida (100%), seguido por el requisito de agua (100%), actividad y reposo y prevención de peligros (100%).

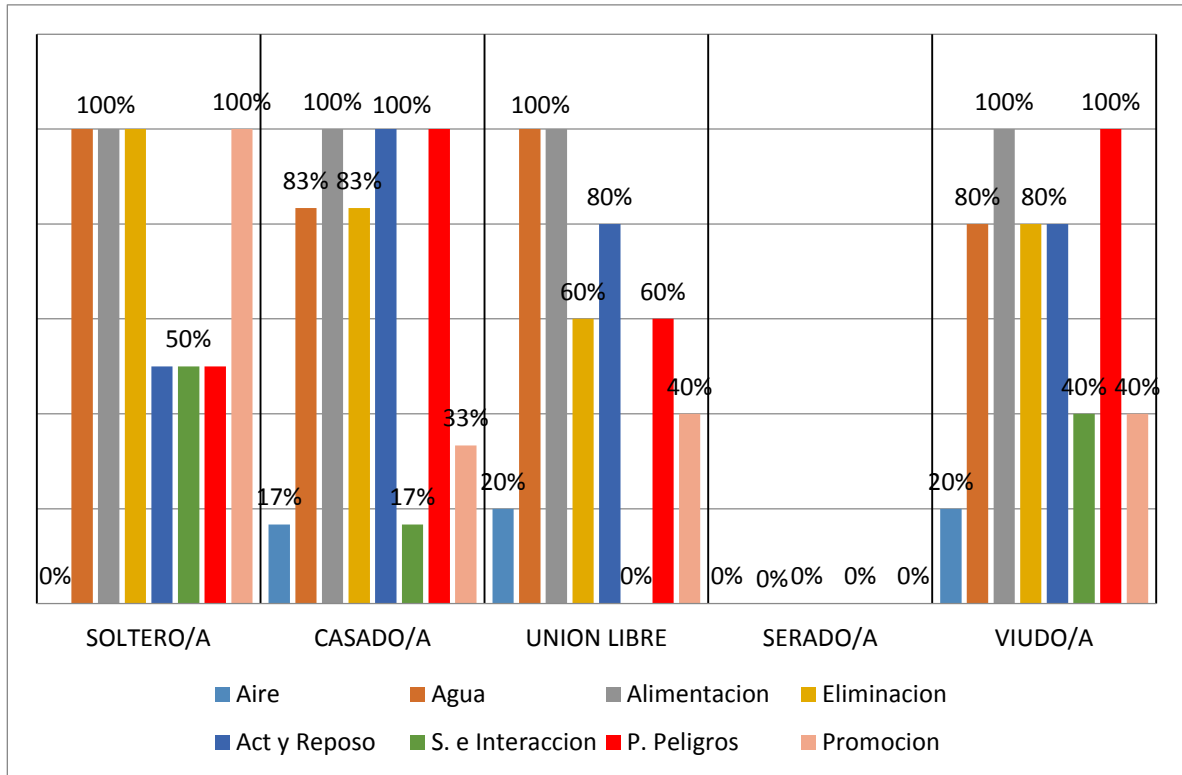
**Gráfica 24.** Distribución porcentual según la relación de género y requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

La mayoría de la población a estudio pertenecía al género masculino, pero en la gráfica 24 se evidencia que son las mujeres las que presentaron mayor compromiso de los requisitos universales, resaltando: alimentación, actividad y reposo y prevención de peligros para la vida con un 100% de la población femenina afectada.

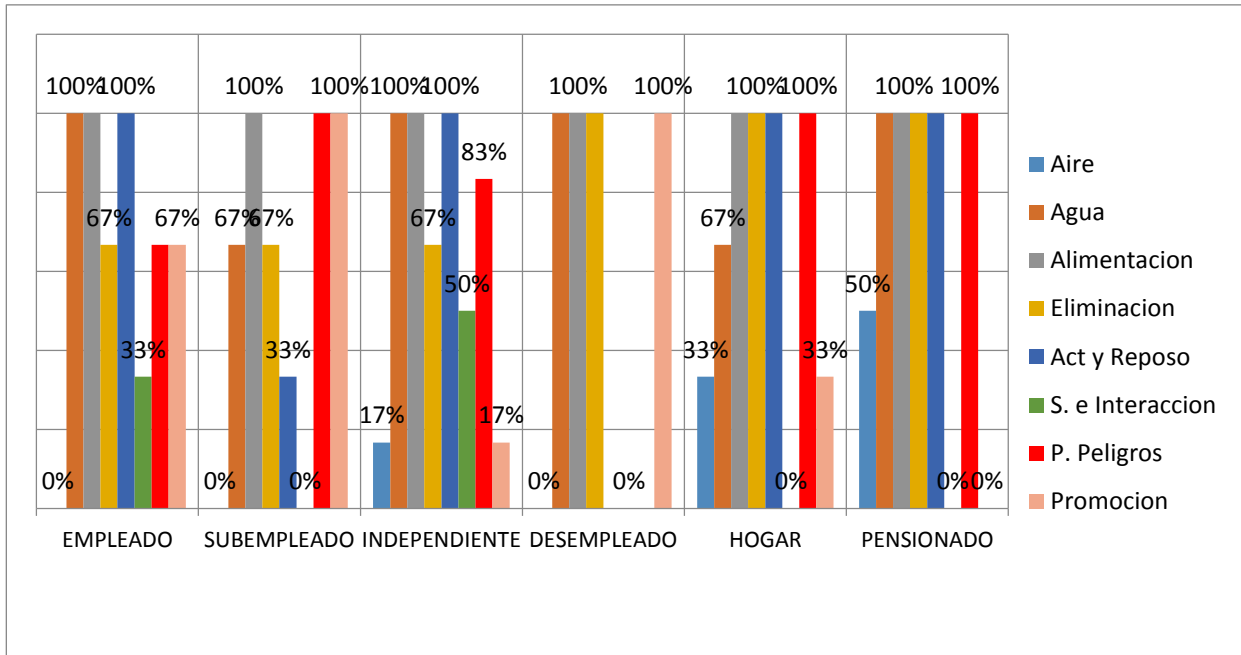
**Gráfica 25.** Distribución porcentual según el estado civil y requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 25, el mayor compromiso o alteración de los requisitos de autocuidado universales se presentó en el grupo de los solteros, con un 100% de afectación en los requisitos de: agua, alimentación, eliminación y promoción de desarrollo humano; seguido del grupo de casados con una afectación del 100% en los requisitos: alimentación, actividad y reposo y prevención peligros. Durante la recolección de los datos no se encontró ninguno separado en el estudio.

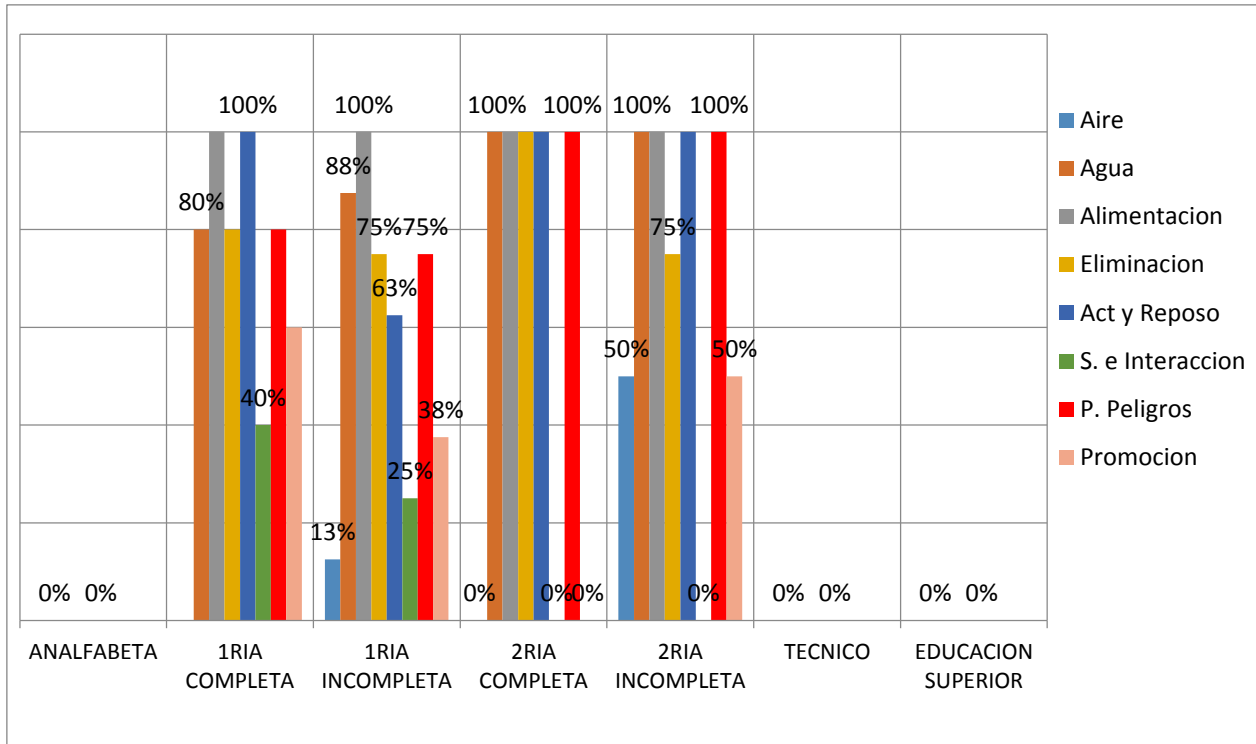
**Gráfica 26.** Distribución porcentual según la ocupación y requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

El mayor número de personas eran los que tenían un trabajo independiente por lo tanto en la gráfica 26 se evidencia que son los independientes el único grupo que presentaba alteración de todos los requisitos de autocuidado universal; no obstante, se pudo establecer que un 100% de la población pensionada fue la que presentó un mayor compromiso en el número de requisitos alterados, con el requisito de: agua, alimentación, eliminación, actividad-reposo y prevención de peligro para la vida.

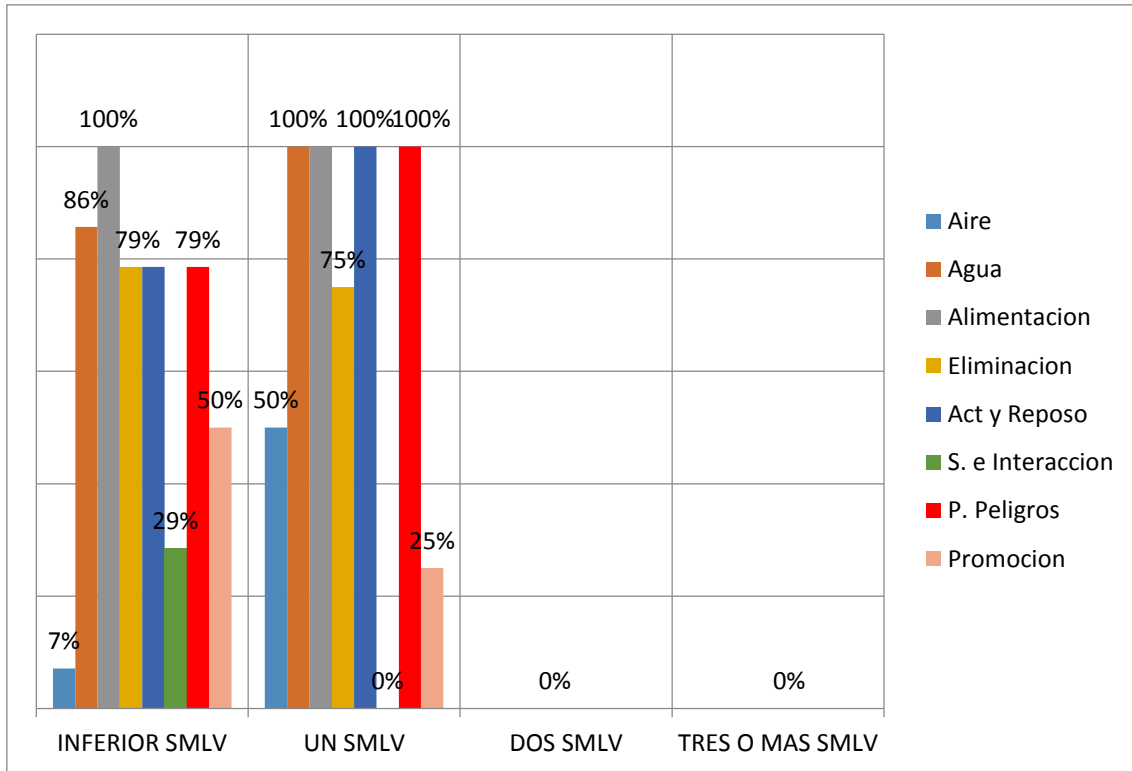
**Gráfica 27.** Distribución porcentual según el nivel educativo y requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 27 se evidencia que durante el desarrollo de la investigación no se encontraron pacientes analfabetas, ni pacientes con estudios superiores; donde se observó que los pacientes con primaria incompleta fueron el único grupo que tenían todos los requisitos comprometidos.

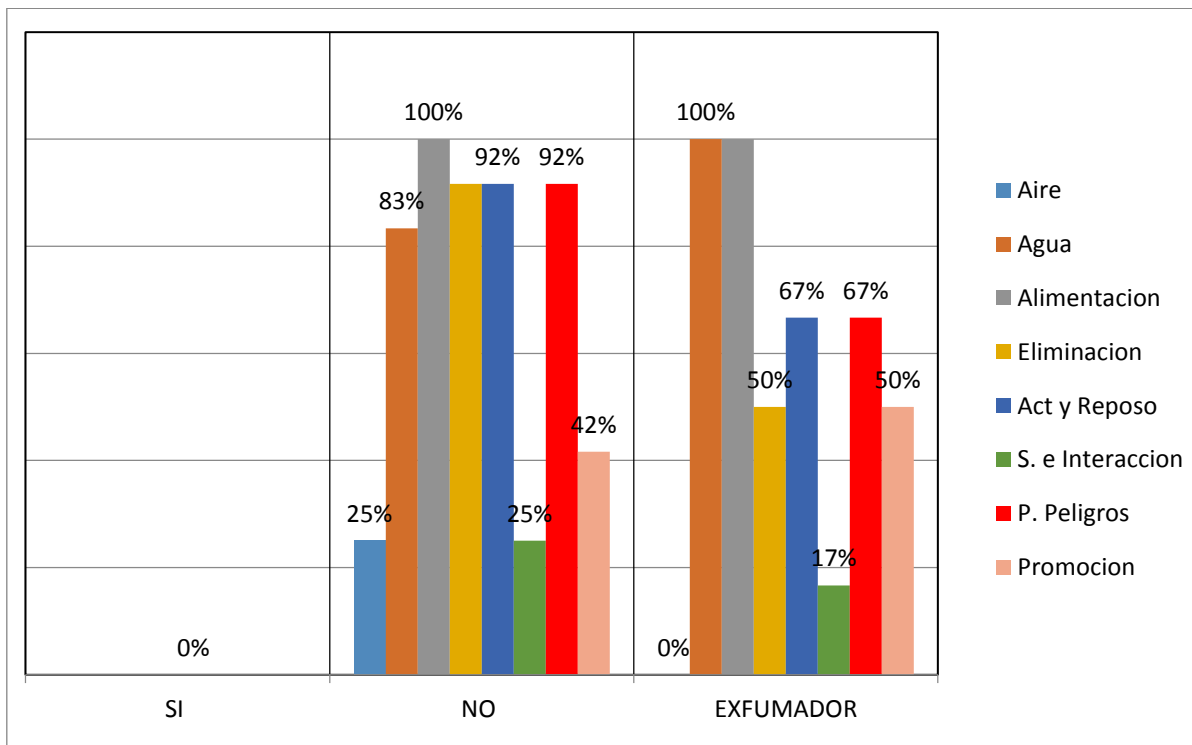
**Gráfica 28.** Distribución porcentual según los ingresos familiares y los requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 28 se evidencia que no hubo pacientes con un ingreso económico de dos o mas SMLV, los pacientes con menos de un SMLV son los que presentaron una alteración de la totalidad de los requisitos de autocuidado universal, pero fue el 100% de la población de pacientes con un SMLV los que presentaron una mayor alteración en los requisitos de: agua, alimentación, actividad-reposo y prevención de peligro para la vida.

**Gráfica 29.** Distribución porcentual según el hábito de fumar y los requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.

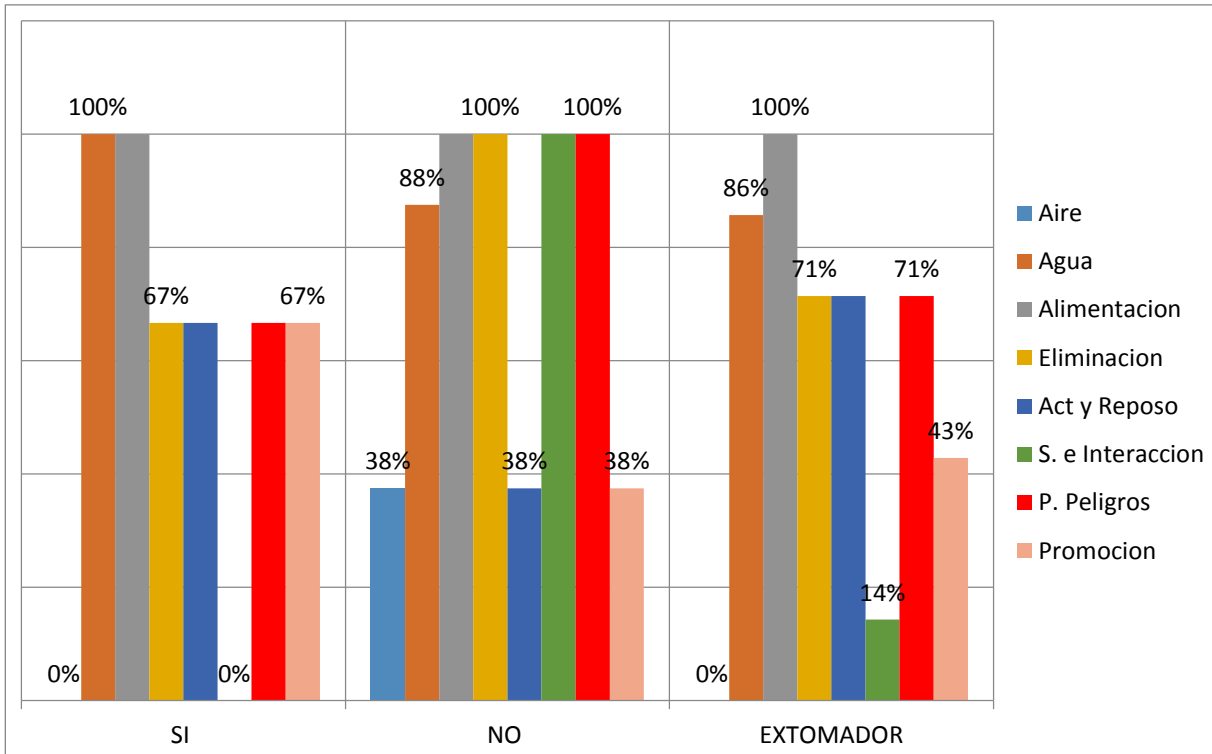


Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 29 se demostró que en la población estudiada no se encontraron pacientes que fumaran en el momento de la entrevista y los pacientes que presentaron un compromiso de todos los requisitos universales eran aquellos que nunca habían fumado.



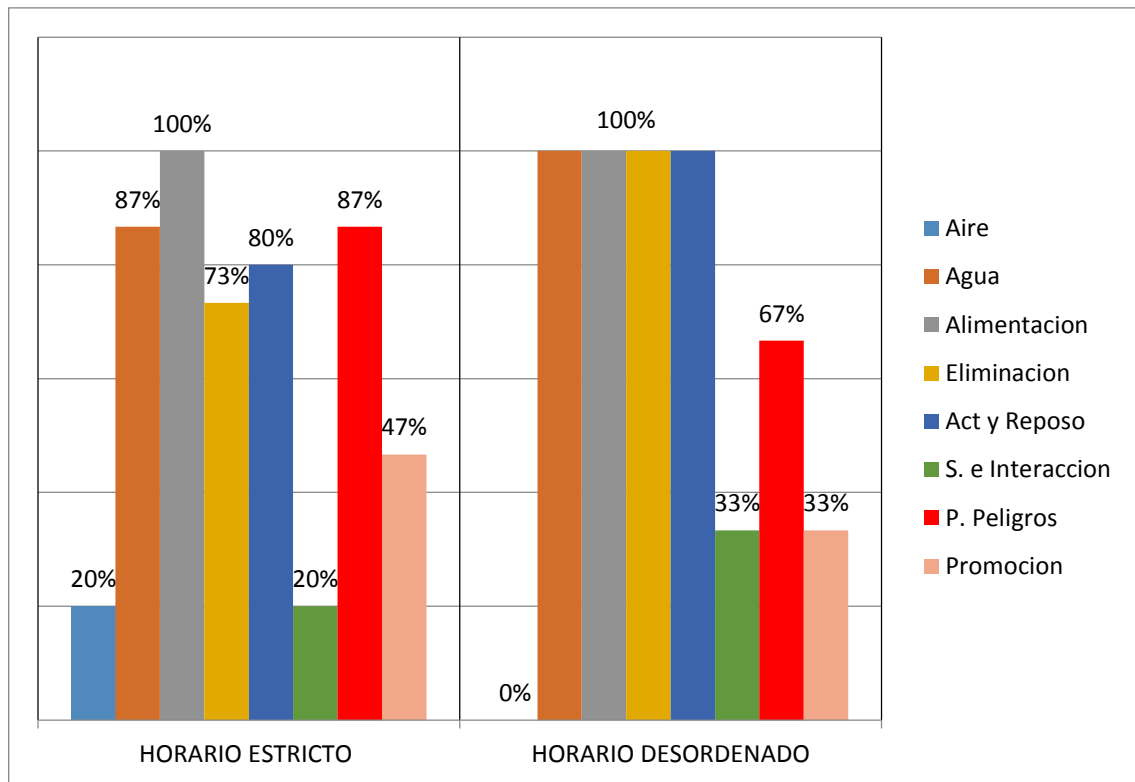
**Gráfica 30.** Distribución porcentual según el consumo de alcohol y los requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

El mayor número de la población estudiada no tenía el hábito de consumo de alcohol. En la gráfica 30 se demuestra que esta es la población que presentó una mayor alteración en todos los requisitos de autocuidado universal.

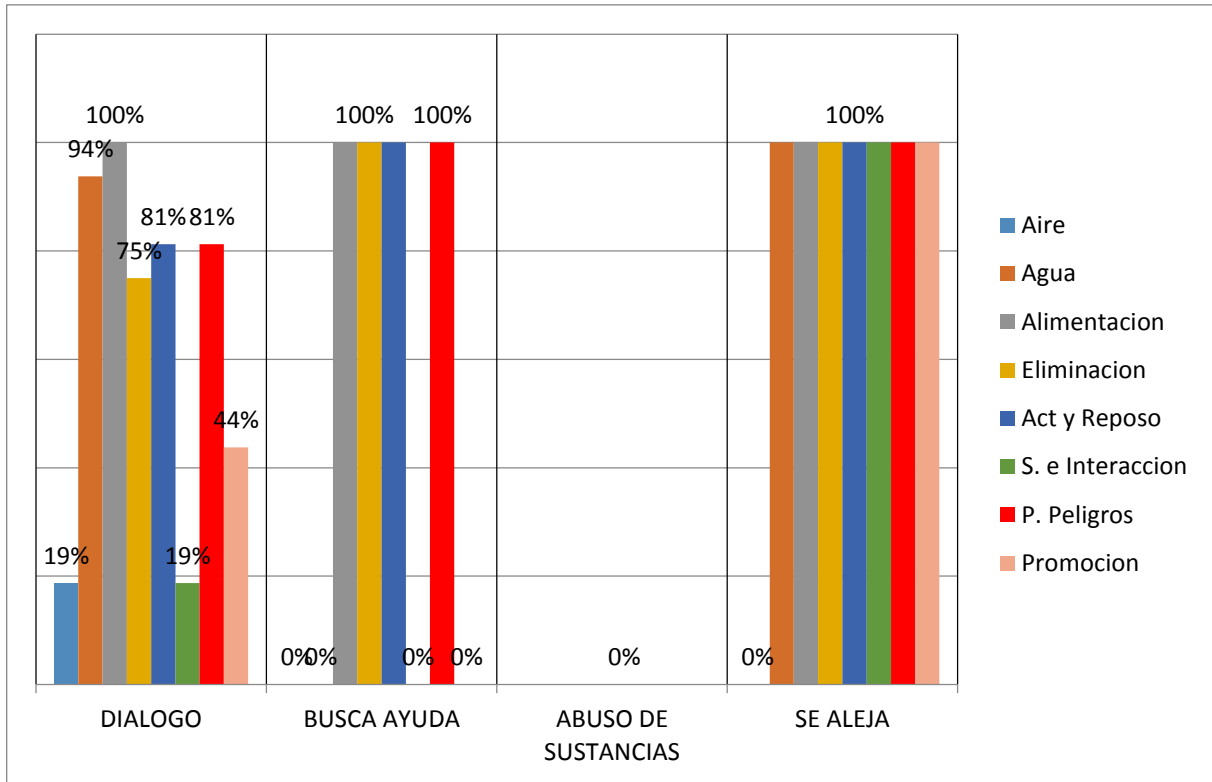
**Gráfica 31.** Distribución porcentual según el patrón de comidas y los requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En cuanto al horario de comidas, en la gráfica 31 se demuestra que la mayoría de la población presentaba un horario estricto en su alimentación, teniendo mayor compromiso en el requisito de alimentación, el cual es uno de los que más relación tiene con la patología y el órgano afectado.

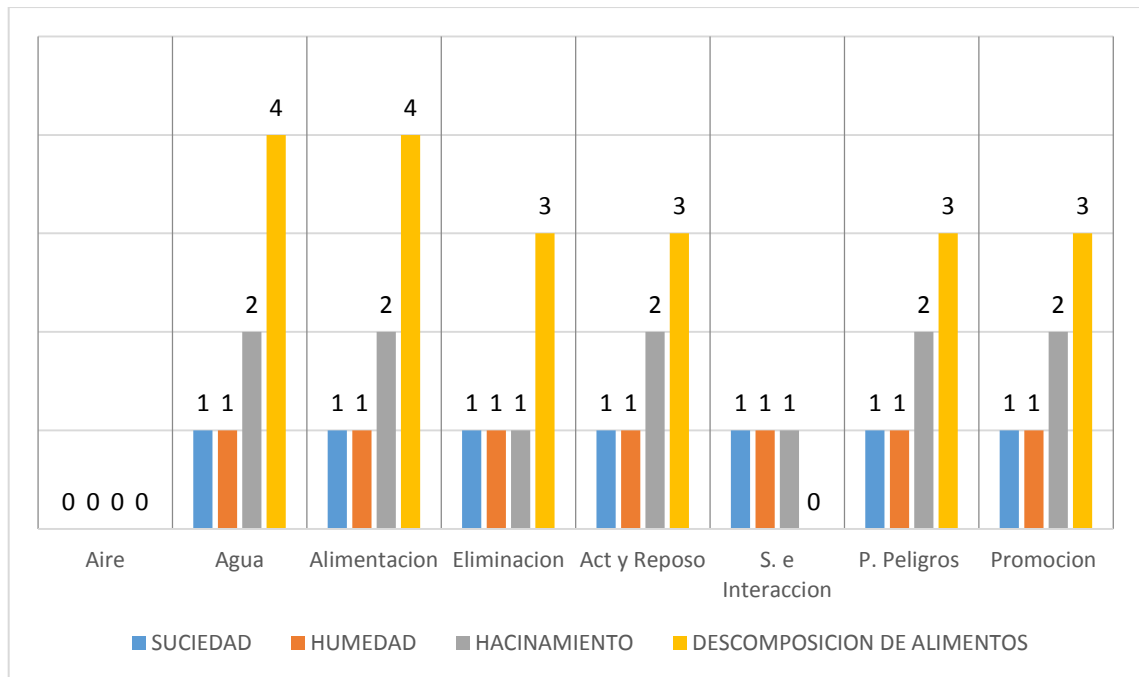
**Gráfica 32.** Distribución porcentual según la respuesta al estrés y conflictos y los requisitos universales alterados en pacientes con cáncer gástrico del HUSJ de Popayán, febrero a abril de 2013.



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la población estudio se evidenció que la mayoría de las personas acuden al diálogo como una forma de respuesta ante el estrés y conflictos presentando en la gráfica 32 alteración en todos los requisitos de autocuidado universal, pero es de resaltar que la única persona que se refirió alejarse como respuesta al estrés y conflictos presentó alteración en los requisitos de mantenimientos de un aporte suficiente de agua, alimentos, eliminación, actividad y reposo, soledad e interacción, prevención de peligros para la vida, y promoción del funcionamiento humano.

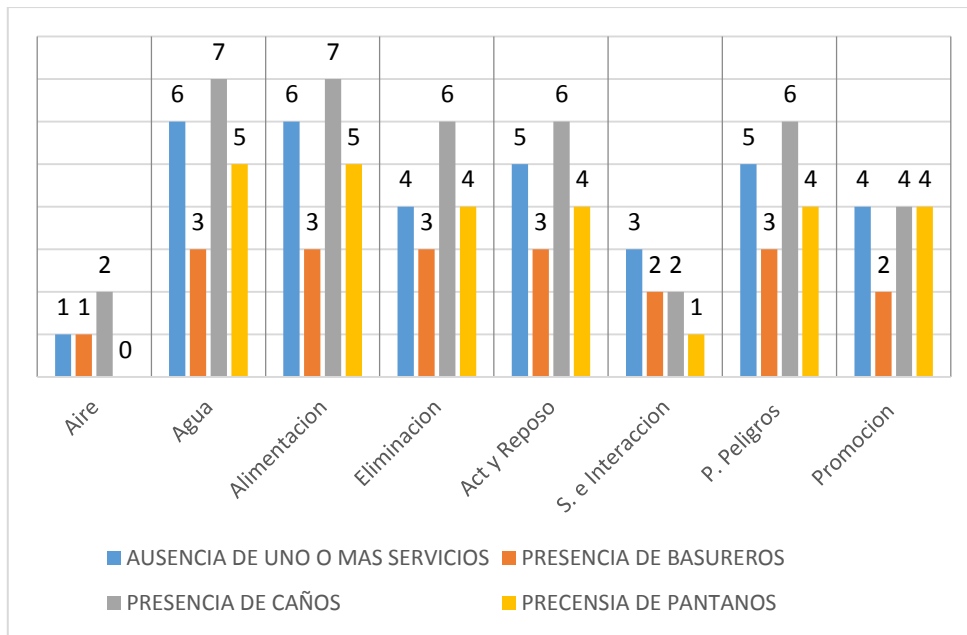
**Gráfica 33.** Número de pacientes con cáncer gástrico del HUSJ según las condiciones de la vivienda y los requisitos universales alterados.



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

En la gráfica 32 se observa que 4 personas exponían los alimentos a la descomposición en sus hogares, presentando mayor compromiso en los requisitos de autocuidado universal de: agua y alimentación. Son 2 personas que presentaron hacinamiento en sus casas, con un compromiso de los requisitos de agua, alimentación, actividad-reposo, prevención de peligro para la vida y promoción del funcionamiento humano. Ningún paciente que presento suciedad, humedad, hacinamiento y/o descomposición de los alimentos presento alteración en el requisito de mantenimiento de aire suficiente.

**Gráfica 34.** Número de pacientes con cáncer gástrico del HUSJ según las condiciones del barrio y los requisitos universales alterados.



Fuente: base de datos obtenida del trabajo de investigación Demanda de Cuidado Terapéutico Según los Requisitos Universales de Autocuidado en Pacientes con Cáncer Gástrico, en el HUSJ de Popayán, Febrero a Abril de 2013.

Todos los pacientes que refirieron tener ausencia de uno o más servicios, presencia de basureros y caños en el barrio donde habitan, presentaron alteración de todos los requisitos de autocuidado universal como se demuestra en la gráfica 33.

## 5. DISCUSIÓN

En Colombia el Cáncer gástrico es una patología crónica que afecta en gran medida las capacidades de los individuos que son necesarias para llevar a cabo la práctica del autocuidado; por ello los enfermeros ven la necesidad de identificar la demanda de autocuidado del paciente que padece cáncer gástrico, basados en los requisitos universales de autocuidado planteados en la teoría de enfermería de Dorothea Orem (aire, agua, eliminación, actividad y reposo, peligros para la vida, soledad e interacción y desarrollo humano) para lograr identificar las necesidades propias de cada paciente.

Con el conocimiento previo de las necesidades de los pacientes, el Profesional de Enfermería estará en la capacidad de minimizarlas o suplirlas totalmente; lo que llevaría a lograr una mejoría en sus síntomas, disminuir la ansiedad, el temor y lo más importante evitar la aparición de complicaciones.

Es importante destacar, que al igual que en otros estudios relacionados con cáncer gástrico, las características sociodemográficas de la población sujeto, fueron similares, con respecto a la variable del sexo, siguiendo una proporción de dos veces más frecuencia entre los hombres que entre las mujeres como la reportada por Pilco et al en Perú, donde la razón de masculinidad encontrada fue de 1.54:1, o la de 1.7:1 mencionada por Castaño et al en Colombia, lo que se evidenció también en esta investigación con una representación del 72% del género masculino y un 28% del género femenino.

En cuanto a la edad, según la Revista Colombiana de Gastroenterología, *“el cáncer gástrico es una enfermedad que afecta principalmente a las personas de edad avanzada entre los 65 y 70 años de edad”*<sup>14</sup>; en la investigación se encontró que el rango de edad más afectado es de 62 a 71 años, con una edad promedio de 61,2, no obstante se observó que un 28% tenía edades entre 44 a 53, indicando que el cáncer gástrico está presentándose en edades más tempranas, alterando el proceso de autocuidado de los pacientes.

---

<sup>14</sup> ADRADA Juan C., CALAMBÁS Fredy H., DÍAZ Jesús E., DELGADO Daniel O., SIERRA Carlos H. Características sociodemográficas y clínicas en una población con cáncer gástrico en el Cauca, Colombia. Revista Colombiana de gastroenterología. v.23 n.4 Bogotá oct./dic. 2008. 6 pág.

La población que más consultó con esta patología al Hospital Universitario San José eran procedentes del área rural, con un 83% de los pacientes; a diferencia de la población del área urbana, con un 17%, lo que demuestra que las Instituciones Prestadoras de Salud deben dirigir los procesos educativos a las personas del área rural que se encuentran con mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas como el cáncer gástrico.

Los datos obtenidos presentan una realidad local, regional y nacional que indica que los Servicios de Salud de alta complejidad, que es donde se debe atender a este tipo de pacientes, están ubicados en las áreas urbanas, convirtiéndose en centros de difícil acceso por razones de tipo económico, topográfico y socio-cultural para las personas del área rural, llevando a estos pacientes a consultar cuando la patología está en un estadio avanzado.

Unido a esto, cabe agregar que los entrevistados provenientes del área rural refirieron la falta de educación y de programas que apoyen a los pacientes que padecen cáncer gástrico y a sus familias en las Instituciones Prestadoras de Salud de las cabeceras municipales.

En cuanto al estado civil de las personas con diagnóstico de cáncer gástrico el 33% eran casados, el 28% viudos y el 28% en unión libre, lo que explica y va de la mano de las edades que más frecuenta esta patología, que ocurre en la sexta década de la vida. Esta variable es muy importante para planear actividades de cuidado y autocuidado en los pacientes, dado que la pareja generalmente acompaña al enfermo en todo el proceso de la enfermedad, convirtiéndose en el cuidador principal, que requiere soporte educativo y emocional adecuado para el proceso de acompañamiento.

En lo que respecta al nivel educativo, se encontró que un gran número de la población cursa con primaria incompleta (44%) y ninguna persona refirió tener estudios técnicos y universitarios, lo anterior representaría un factor de riesgo para el desarrollo de patologías crónicas como el Cáncer al igual que el nivel socioeconómico donde los ingresos familiares de la mayoría de la población estaban por debajo de un 1SMLV (78%). Estas dos variables nos permiten analizar la importancia que tiene la educación sobre los procesos de cuidado y autocuidado al paciente y su familia.

La mayoría de los pacientes entrevistados refirieron una evidente pérdida de peso; algunos autores han postulado que la dieta es el factor principal en la

etiología del cáncer gástrico: una alimentación escasa en grasas y proteínas animales, alta en carbohidratos, abundante sal y con pocos vegetales se considera de alto riesgo para presentar la patología. Esto se evidencio en el estudio donde solo el 39% de la población consumía alimentos con un horario estricto, sin embargo no integraban los cuatro grupos básicos de alimentos.

Referente a las variables tabaquismo y consumo de alcohol en el estudio, no resultaron ser factores de riesgo para que haya un compromiso de los requisitos universales de autocuidado ya que el 67% de la población entrevistada nunca habían fumado, en comparación al 33% que eran exfumadores, quienes refirieron haber dejado de fumar a partir de su diagnóstico e inicio de sintomatología.

En relación al alcoholismo no se presentó una asociación significativa con el consumo de bebidas alcohólicas pues el 44% de los pacientes nunca habían consumido alcohol y un 39% eran ex tomadores. Sin embargo, existe asociación significativa con la periodicidad del consumo de bebidas alcohólicas, ya que es nueve veces más frecuente que el cáncer gástrico se presente en personas que ingieren bebidas con alcohol de forma habitual, en comparación con los individuos que ingieren bebidas con alcohol de forma ocasional.

Como respuesta ante el estrés y los conflictos el 89% de los encuestados suponen que el dialogo es la mejor salida para la solución de los problemas, pues consideraron a su familia como la principal red de apoyo, recibiendo de ellos la comprensión, la fuerza, el ánimo y el cariño que necesitaban en los momentos más difíciles.

De acuerdo a los resultados encontrados en la investigación se observó que todos los requisitos de Autocuidado Universal planteados por Dorothea Orem estaban afectados, presentando un mayor compromiso los requisitos de mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente, mantenimiento de un aporte de agua suficiente, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo, prevención de peligro para la vida el funcionamiento y bienestar humano; debido a que estos requisitos tienen una estrecha relación con la ubicación y funcionalidad del órgano afectado en el cáncer gástrico.



## 6. CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico que acuden al HUSJ proceden del área rural con un bajo nivel socioeconómico y educativo, factores que contribuyen a aumentar la demanda de autocuidado.
2. En la investigación se observó que la mitad de la población a estudio presentaba edades por debajo del rango en las que prevalece el cáncer gástrico, lo que lleva a pensar que en la actualidad esta patología se está desarrollando en personas cada vez más jóvenes.
3. La población estudiada tuvo alteración en la totalidad de los requisitos de autocuidado universal, evidenciando que el papel del profesional de enfermería en la demanda de autocuidado es indispensable.
4. El requisito aporte de alimentos suficiente se encontró afectado en la totalidad de la población a consecuencia de la alteración en los procesos de digestión y absorción de alimentos, propios del órgano blanco de esta patología.
5. Vivir en el área rural se convierte en un factor predisponente para presentar alteración en el requisito de actividad y reposo, debido a que el cáncer gástrico es una enfermedad incapacitante y las personas del área rural necesitan un mayor esfuerzo físico para cumplir con sus actividades diarias.
6. Según la literatura el hecho de consumir alcohol o tabaco influye en el desarrollo del cáncer gástrico, pero en ésta investigación se evidenció que estos dos factores de condicionamiento básico no influyen en la alteración de los requisitos de autocuidado universal.

## 7. RECOMENDACIONES

1. Desarrollar planes de atención en enfermería para los pacientes que padecen cáncer gástrico, haciendo énfasis en las demandas requeridas y evidenciadas en éste estudio, como es el caso del requisito que plantea un aporte de alimentos suficientes, aporte de agua suficientes, actividad y reposo; que garanticen un mejor autocuidado en pacientes con ésta patología.
2. Sensibilizar a los estudiantes y profesionales de enfermería de las diferentes Organizaciones e Instituciones de salud, sobre la necesidad de brindar un cuidado integral y contextualizado al paciente con cáncer gástrico; para lograr en ellos una mejor calidad de vida.
3. Promover en las Instituciones de salud la elaboración de planes de alta, sobre el cuidado y autocuidado del paciente y su familia, para minimizar las complicaciones y favorecer la calidad de vida de los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

ADRADA Juan C., CALAMBÁS Fredy H., DÍAZ Jesús E., DELGADO Daniel O., SIERRA Carlos H. Características sociodemográficas y clínicas en una población con cáncer gástrico en el Cauca, Colombia. Revista Colombiana de gastroenterología. v.23 n.4 Bogotá oct. /dic. 2008. 6 pág. Internet. [http://www.gastrocol.com/revistas\\_contenido.php?ids=&idr=10&idn=31](http://www.gastrocol.com/revistas_contenido.php?ids=&idr=10&idn=31) (Consultado en Noviembre 9, 2012)

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA. CÁNCER GÁSTRICO. Bogotá. Guías de manejo en cirugía. 2009. 29 pág. Internet <http://www.ascolcirugia.org/guiasCirugia/cancer%20gastrico.pdf> (Consultado en noviembre 9, 2012)

CORRAL VB. Cáncer gástrico. Estado actual. Cirujano General 1999; 21(1): 23.

DANE, defunciones según departamento, municipio de residencia y grupos de causas de defunción 2010

DURAN GALINDO Estela. Proceso atención de enfermería aplicado a pacientes gástricos. México D.F. 2011. HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. Internet <http://www.buenastareas.com/ensayos/Cancer-Gastrico/3257794.html> (Consultado en agosto 21, 2012)

FLORIAN, Rosa María. DIAZ, Yinela, Autocuidado- Enfermería. Universidad de Córdoba Colombia. Internet: (<http://teoristadeenfermeria.blogspot.com/2013/05/las-necesidades-humanas-se-manifiestan.html>).

JAIMES, Roció. Modelos de cuidado de enfermería, bases para el cuidado del paciente oncológico. *Instituto Nacional De Cancerología*, Bogotá 2001.

GONZALEZ Dianne, VEGA Olga Marina, Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales, En revista Ciencia y Cuidado, 2007; volumen 4, Universidad Francisco de Paula Santander p.28-35.

INC y MPS. El cáncer. Bogotá. 2004. 67 pág.  
Internet:(<http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf>)

LLONTOP CALDERON, Shirley Celinda. Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado. 2012. 22 Pág.  
Internet:<http://www.slideshare.net/oscarlopezregalado/teora-enfermera-del-dficit-de-autocuidado>.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. INSTITUTO DE CANCEROLOGIA. El Cáncer. Colombia. 2004. Internet:  
<http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf> (Consultado en octubre 12, 2012)

OJEDA VARGAS Ma. Guadalupe. Diversidad cultural y salud. Guanajuato. 236 pág.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nota descriptiva Cáncer Gástrico. Septiembre del 2006; [Internet]. Disponible:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> (Consultado en Agosto 21, 2012)

PÁEZ SIERRA, María Angélica. Aplicación de la teoría de Dorothea Orem en el cuidado del paciente oncológico. Bogotá, 2008. 64 p. trabajo de grado (enfermera especialista en enfermería oncológica). Universidad pontificia javeriana. Facultad de enfermería.

PEREDA ACOSTA, Margarita. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. México. Ensayo 2011.vol 10.163- 167 pág. Internet:  
<http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>).

PEÑA AMARO, Pilar. Desarrollo del modelo de autocuidados de Dorothea Orem en pacientes en D.P.C.A. Revista SEDEN N°3, Volumen 1, III Trimestre 1998.

Internet: [http://www.revistaseden.org/files/2301\\_desarrollo.pdf](http://www.revistaseden.org/files/2301_desarrollo.pdf) (Consultado en octubre 15, 2012)

Pilco P, Viale S, Ortiz N, Deza C, Juárez N, Portugal K et al. Gastric cancer in general hospital. Santa Rosa Hospital. Experience. Rev. Gastroenterol Perú. 2009; Jun-Mar 29 (1): 66-74.

QUINTANAR SALGADO, Blanca Miriam "FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA MODELO OREM"

Internet:([http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion\\_teorica.PDF](http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blanca/documentos/Fundamentacion_teorica.PDF))

SOLIDORO, Andrés, tema de revisión Cáncer en el Siglo XXI. Acta medica peruana Vol. 23, No 2,2006.pa 112-118

SOTO AV, CRUZ OH, SALAS GJ, MURGIA D. Cáncer gástrico: caso clínico-patológico. Rev. Fac Med UNAM 2001; 44 (3): 133-36.

## **ANEXO A.**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **DEMANDA DE CUIDADO TERAPEUTICO SEGUN LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON CANCER GASTRICO, EN EL HUSJ DE POPAYAN, FEBRERO A ABRIL DE 2013**

Estudio descriptivo transversal, prospectivo de tipo cuantitativo.

La presente investigación es llevada a cabo por Estudiantes de Enfermería de VIII semestre de la Universidad del Cauca. El objetivo de este Trabajo de Investigación es determinar la demanda de autocuidado según Dorotea Orem, en pacientes con cáncer gástrico hospitalizados en la salas de internación de adultos Del Hospital Universitario San José de Febrero a Junio de 2013.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a una entrevista, a través de un cuestionario que consta de 40 preguntas. Esto tomará aproximadamente 25 minutos de su tiempo.

### **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

De acuerdo a las bases de datos revisadas, se encontraron pocos estudios que relacionen la teoría general de autocuidado con el cáncer gástrico, por tal motivo es necesario reconocer en qué medida afecta la patología en el proceso que llevan a cabo las personas para auto cuidarse, por lo tanto es necesario identificar qué requisitos de autocuidado se encuentran comprometidos en estos pacientes.

Con el propósito de dar a conocer este trabajo a las diferentes coordinaciones de los Departamentos de Enfermería de las entidades de salud y de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, para orientar a estudiantes y profesionales, con el fin de mejorar y enfatizar intervenciones realmente efectivas a pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico, previniendo así, un mayor compromiso de los requisitos.

## **METODOLOGÍA**

Los datos serán recolectados por Estudiantes de enfermería VIII semestre de la Universidad del Cauca por medio de una entrevista estructurada, Los datos obtenidos serán analizados en conjunto es decir no se harán análisis de tipo personal. Además los datos consignados por cada uno de los participantes serán tratados con toda la reserva y confidencialidad requerida. Los datos suministrados serán custodiados por la investigadora principal Enid Esperanza Garzón cuyo correo electrónico es eegarzon@unicauca.edu.co y móvil 3007053601.

## **NO MALEFICENCIA**

Se garantizara este principio ético en la medida en que la investigación no generara ningún riesgo para la salud física y/o mental de los pacientes, porque no se realizaran ningún tipo de intervención en ellos, debido a que la investigación solo pretende conocer el proceso de autocuidado que llevan a cabo los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico a través de la aplicación de una entrevista estructurada adopta y validada por el Departamento de Enfermería de la Universidad del Cauca, solo se aplicara la entrevista a los pacientes que firmen el consentimiento informado.

## **BENEFICENCIA**

La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria los pacientes seleccionados no tendrán que hacer ningún tipo de gasto ni tendrán una retribución económica ni beneficio alguno por participar de la investigación.

---

## **CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la investigadora principal Enf. Mag. Esp. Enid Esperanza Garzón Manquillo y estudiantes de Enfermería de la Universidad del Cauca Viviana Andrea Albán, Jhenifer Giraldo, Néstor Fredy Leal, Ana María Muñoz y Andrés Felipe Navia. He sido informado del objetivo de este estudio.

Accedo a participar en este estudio, en el cual responderé a una entrevista, a través de un cuestionario que consta de 40 preguntas. Esto tomará aproximadamente 25 minutos de mi tiempo, que no me generará ningún riesgo ni beneficio para mi salud física y/o mental, porque no se me realizara ningún tipo de intervención.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento los datos que suministre serán custodiados por la investigadora principal Enid Esperanza Garzón cuyo correo electrónico es eegarzon@unicauca.edu.co y móvil 3007053601.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto conduzca algún perjuicio para mi persona. Si alguna de las preguntas durante la entrevista me parecen incómodas, tengo el derecho de hacérselo saber a los investigadores o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Nombre del Participante

---

Firma del Participante

---

Nombre del Entrevistador

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_



## ANEXO B.

### ENTREVISTA ESTRUCTURADA.

#### a) FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BÁSICO

- INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del entrevistado \_\_\_\_\_  
 Entrevista# \_\_\_\_\_  
 Fecha de aplicación \_\_\_\_\_  
 Historia Clínica \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Médico \_\_\_\_\_  
 Barrio/dirección \_\_\_\_\_  
 Municipio/vereda de procedencia \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 Entrevistador \_\_\_\_\_  
 Servicio \_\_\_\_\_  
 Régimen de Seg. Social \_\_\_\_\_

– DEL INDIVIDUO

Edad: \_\_\_\_\_ Género: M \_\_\_ F \_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN	NIVEL EDUCATIVO	INGRESOS FAMILIARES
Empleado _____ Subempleo _____	Analfabeta _____ 1ria completa _____	Inferior SMLV _____ Un SMLV _____
Independiente _____ Desempleado _____ Hogar _____ Pensionado _____	1ria incompleta _____ 2ria incompleta _____ 2ria completa _____ Técnico _____ Educ. superior _____	Dos SMLV _____ Tres o más SMLV _____

- ESTILO DE VIDA:

HÁBITO DE FUMAR. NO\_\_\_ SI\_\_\_ Exfumador \_\_\_ Número de cigarrillos al día\_\_\_ Fumador pasivo No \_\_\_Si\_\_\_ Hábito de consumo de alcohol NO\_\_\_ SI\_\_\_ Extomador hace cuanto (meses)\_\_\_ Diariamente\_\_\_ Semanalmente\_\_\_ Mensualmente\_\_\_

HÁBITOS DE HIGIENE. Frecuencia de aseo bucal. 1 vez al día\_\_\_ 2 veces al día\_\_\_ 3 veces al día\_\_\_ Ninguno\_\_\_ Uso de seda dental SI\_\_\_ NO\_\_\_ Visita al odontólogo SI\_\_\_ NO\_\_\_ Cada cuanto \_\_\_ Lavado de manos. Antes de comer\_\_\_ Antes/después de preparar alimentos\_\_\_ Después de salir/baño\_\_\_ No se lava\_\_\_

PATRÓN DE COMIDAS: 1 2 3 4 5 Horario de comidas\_\_\_\_\_ las comidas incluyen los 4 grupos básicos SI \_\_\_NO\_\_\_ Ingesta abundante de fibra Si\_\_\_ No\_\_\_ Los alimentos los mantiene en la nevera SI \_\_\_ NO \_\_\_

Respuesta al estrés y conflictos. Diálogo\_\_\_ Busca ayuda \_\_\_Abuso de sustancias (droga, alcohol, alimentos, cigarrillo) \_\_\_\_\_

- SOCIALES O DE CONTEXTO

CONDICIONES DE LA VIVIENDA Y VECINDARIO: La familia utiliza servicios para el control ambiental: Basureros\_\_\_ Desagües \_\_\_ Adecuados para aguas negras o residuales \_\_\_\_\_

En la casa hay suciedad\_\_\_ Acumulación de basuras o humedad\_\_\_ Se exponen alimentos a la descomposición SI\_\_\_ NO\_\_\_ Número de habitaciones de la casa\_\_\_ Número de personas que la habitan\_\_\_ Existe hacinamiento SI\_\_\_NO\_\_\_ Ausencia de uno o más servicios Cuál: \_\_\_\_\_ En el barrio hay presencia de basureros\_\_\_ Caños\_\_\_ Pantanos\_\_\_

## b) REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

### – MANTENIMIENTO DE UN APOORTE DE AIRE SUFICIENTE

VÍA AÉREA: Nasal\_\_\_\_ Espontánea \_\_\_\_ Respira por la boca\_\_\_\_ Sistema de ayuda NO \_\_\_\_SI\_\_\_\_ Usa oxígeno\_\_\_\_ Nebulización\_\_\_\_ Traqueotomía \_\_\_\_\_

Déficit si\_\_\_ no\_\_\_

### – MANTENIMIENTO DE UN APOORTE DE AGUA SUFICIENTE

VÍA ORAL: SI\_\_ NO\_\_ Manifiesta buena ingesta de líquidos \_\_\_\_Cuantos vasos de agua ingiere al día\_\_\_\_ Escasa ingesta\_\_\_\_ Restricción de líquidos SI\_\_ NO\_\_ Cuanto\_\_\_\_\_

Sed intensa \_\_\_\_Signos de deshidratación \_\_\_\_Sistema de ayuda: Líquidos endovenosos SI\_\_\_\_ NO\_\_ Balance de líquidos últimos 24 horas\_\_\_\_\_

Déficit si\_\_\_ no\_\_\_

### – MANTENIMIENTO DE UN APOORTE DE ALIMENTOS SUFICIENTE.

Ha tenido pérdida de peso\_\_\_\_ problemas para deglutir o alimentarse solo: dolor oral \_\_\_\_fatiga\_\_\_\_ Incapacidad para masticar: caries dental \_\_ausencia de dientes \_\_prótesis que no encajan bien\_\_\_\_ Incapacidad para procurarse alimentos: limitación física \_\_\_\_Obtención y preparación de alimentos: selección de alimentos inadecuados\_\_\_\_ desconocimiento de normas para la cocción\_\_\_\_ incapacidad para cocinar\_\_\_\_ incapacidad para llevarse la comida a la boca\_\_\_\_ Aparatos de ayuda para alimentarse no\_\_ si\_\_. Sondas \_\_\_\_nutrición enteral \_\_\_\_nutrición parenteral \_\_\_\_utensilios especiales\_\_\_\_ describir\_\_\_\_\_

Déficit si\_\_\_ no\_\_\_

- PROVISIÓN DE CUIDADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN.

ELIMINACIÓN URINARIA: Espontánea\_\_\_ Frecuencia\_\_\_\_\_  
Molestias: Ardor\_\_\_ Dolor \_\_\_Urgencia\_\_\_ Por sonda\_\_\_ Tiempo de colocación  
de la sonda \_\_\_\_\_ Por cistotomía \_\_\_ Tiempo de realizada\_\_\_\_\_

CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA: Color \_\_\_\_\_  
Olor\_\_\_\_\_ Apariencia\_\_\_\_\_

ELIMINACIÓN INTESTINAL: Normal \_\_\_Regularidad de deposiciones\_\_\_  
Estreñimiento \_\_\_Diarreas frecuentes\_\_\_ Características de la  
deposición\_\_\_\_\_ Hemorroides \_\_\_ Ostomia \_\_\_\_\_  
Conoce el manejo de la ostomía \_\_\_\_\_

REQUIERE AYUDA PARA: Desvestirse al bañarse\_\_\_ Para llegar a la fuente de  
agua\_\_\_ Para la obtención del equipo(agua jabón y toalla)\_\_\_Lavarse las partes  
del cuerpo\_\_\_ Diferencia las temperaturas del agua\_\_\_ Realizarse el cuidado  
bucal\_\_\_ Llegar al inodoro y quitarse la ropa\_\_\_ Sentarse en la taza\_\_\_  
Levantarse de la taza\_\_\_ Limpiarse \_\_\_ Soltar el agua\_\_\_ Volver a vestirse\_  
Lavarse las manos\_\_\_ Sistemas de ayuda NO\_\_\_ SI\_\_\_ Sondas\_\_\_ Ostomias \_\_\_  
Pañal\_\_\_ Pato\_\_\_ Picingo \_\_\_Necesita ayuda en el cuidado de estos\_\_\_

Déficit si\_\_\_ no\_\_\_

- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

DEAMBULACIÓN: Independiente \_\_Dependiente con ayuda\_\_ Subir escaleras\_\_\_  
Independiente\_\_ Dependiente con ayuda\_\_\_ Aparatos de ayuda: Bastón  
\_\_\_Muletas \_\_\_Caminador\_\_\_ Prótesis\_\_\_ Otra persona \_\_\_

MOVILIDAD: Total\_\_\_ Parcial\_\_\_

SUEÑO: Número de horas de sueño en la noche\_\_\_ En el día\_\_\_ Se siente  
cansado NO\_\_\_ SI\_\_\_ Problemas para dormir: NO\_\_\_ SI\_\_\_ Se despierta fácilmente:  
NO \_\_\_SI\_\_\_ Se le dificulta conciliar el sueño NO \_\_\_SI\_\_\_ Pesadillas\_\_\_  
Sudoración nocturna \_\_\_Insomnio\_\_\_ Otro\_\_\_ Cual\_\_\_

Ayudas para dormir NO\_\_\_ SI \_\_\_Medicamentos NO\_\_\_ SI\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

Otras cuales \_\_\_\_\_

Déficit si\_\_ no\_\_

– MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN

RELACIONES: Tiene amigos SI \_\_NO\_\_ Espera que sus amigos contacten con Usted SI\_\_ NO\_\_ En caso de necesidad a quien acude: Familia\_\_ amigos\_\_ Otros\_\_ Considera que tiene buenas relaciones con: Familia SI\_\_ NO\_\_ Compañeros de trabajo SI\_\_ NO\_\_ Grupos SI\_\_ NO\_\_ Prefiere las actividades individuales\_\_ En grupo\_\_ Con quien comparte el tiempo libre\_\_\_\_\_

COMUNICACIÓN: Tiene dificultad para oír NO\_\_ SI\_\_ Tiene audífono\_\_ Sabe leer los labios SI\_\_ NO\_\_ Existen barreras lingüísticas NO\_\_ SI\_\_ Trastornos sensoriales \_\_ Capacidad para contactar los servicios de urgencias SI \_\_NO\_\_

Tiene acceso a transporte público\_\_

Déficit si\_\_ no\_\_

– PREVENCIÓN DE PELIGRO PARA LA VIDA EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO

RIESGOS CASEROS: Iluminación inadecuada\_\_ Cables eléctricos defectuosos\_\_ Tóxicos mal almacenados\_\_ Cuartos de baño inseguros \_\_ Escalones\_\_ Suelos resbaladizos\_\_

RIESGO DE FUEGO: Fumar en la cama\_\_ Fugas de gas\_\_ Productos de petróleo mal almacenados\_\_

ENTORNO EXTRAÑO: Camas altas \_\_ ¿En la habitación hay algo que represente peligro para usted? \_\_ Observación \_\_\_\_\_

VISION: Adecuada\_\_ Corregida\_\_ Uso de gafas o lentes\_\_\_\_\_

Se queja de visión borrosa \_\_ Pérdida de visión por un ojo\_\_ Cual \_\_ Dificultad para enfocar\_\_ Incapacidad para ajustarse a la oscuridad\_\_

AUDICIÓN: Adecuada\_\_ Inadecuada\_\_

SENSIBILIDAD: Superficial adecuada: \_\_ Profunda adecuada\_\_ Térmica adecuada\_\_

Observación\_\_\_\_\_

ESTADO MENTAL: Alerta\_\_\_ Confuso \_\_\_ Somnoliento\_\_\_ Estupor\_\_\_  
Coma\_\_\_ Orientado en tiempo\_\_\_ Lugar\_\_\_ Persona\_\_\_ Escala de Glasgow:  
\_\_\_/15. Valores: Apertura ocular\_\_\_ Respuesta verbal \_\_\_ Respuesta  
motora\_\_\_

MEMORIA RECIENTE: Conservada SI\_\_\_ NO\_\_\_ Remota: Conservada SI \_\_\_  
NO\_\_\_ Capacidad de identificar o expresar necesidades SI\_\_\_ NO \_\_\_ Se  
queja de sensación de vértigo\_\_\_ Sensación de equilibrio alterado\_\_\_

Déficit si\_\_\_ no\_\_\_

- PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL, CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES Y DESEO DE SER NORMAL

Toma solo las decisiones de la familia\_\_\_ Participan otros en la toma de  
decisiones\_\_\_ La familia como grupo se recrea una vez al mes SI\_\_\_ NO\_\_\_

Se siente satisfecho en su trabajo SI\_\_\_ NO\_\_\_ Porque \_\_\_\_\_

Tiene responsabilidades excesivas en su familia\_\_\_ Trabajo\_\_\_ Grupo social\_\_\_

Déficit si\_\_\_ no\_\_\_